



การประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติตาม โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด
4 smart เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

พริมรดา ทัศนมณเฑียร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

การประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด
4 smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี



ปริมรดา ทัศนมณเฑียร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2568
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

EFFECTIVENESS EVALUATION OF COMPLIANCE WITH SELF-HEALTH CARE
PROGRAM ON 4 SMART CONCEPT TO ENHANCE HEALTH LITERACY ON
HEALTH BEHAVIORS OF THE ELDERLY AT MUEANG CHONBURI DISTRICT
IN CHONBURI PROVINCE



PRIMRATA THASSANAMONTHIAN

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF PUBLIC HEALTH
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
BURAPHA UNIVERSITY

2025

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ พริมรดา ทศนภมณีธร ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.คณัย บวรเกียรติกุล)

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษา เจริญนุกุล)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.คณัย บวรเกียรติกุล)

..... กรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.เอมอัชมา วัฒนบูรานนท์)

..... กรรมการ
(ดร.วัลลภ ใจดี)

..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ โกวิท สุวรรณหงษ์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเยี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

63920146: MAJOR: -, M.P.H. (-)

KEYWORDS: SELF-HEALTH CARE PROGRAM ON 4 SMART CONCEPT / SELF-HEALTH CARE FOLLOWING THE 4 SMART CONCEPT / HEALTH LITERACY/ ELDERLY PEOPLE

PRIMRATA THASSANAMONTHIAN : EFFECTIVENESS EVALUATION OF COMPLIANCE WITH SELF-HEALTH CARE PROGRAM ON 4 SMART CONCEPT TO ENHANCE HEALTH LITERACY ON HEALTH BEHAVIORS OF THE ELDERLY AT MUEANG CHONBURI DISTRICT IN CHONBURI PROVINCE . ADVISORY COMMITTEE: DANAI BAWORNKIATTIKUL, Ed.D. 2025.

Health Issues Among the Elderly. Elderly individuals are increasingly prone to chronic non-communicable diseases. Without appropriate health promotion, aging-related deterioration can lead to frailty and dependence on others. Therefore, it is essential to enhance health literacy and improve self-care abilities to achieve longevity and well-being. This aligns with the health promotion and disease prevention policy based on the "4 Smart" concept: Smart Walk, Smart Brain, Smart Sleep & Emotional, and Smart Eat.

The purpose of this study was to study the Effectiveness Evaluation of Compliance with Self-health Care Program on 4 smart concept to Enhance Health literacy on Health Behaviors of the Elderly at Mueang Chonburi District in Chonburi Province. This was a quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design. The sample consisted of elderly individuals aged 65–75 years who were members of the Baan Suan Municipality Elderly Club. A random selection assigned 30 members from Elderly Club 1 to the experimental group, while 30 members from Elderly Club 2 formed the comparison group. The experimental group received the Self-Health Care Program on Four Smart concepts, while the comparison group received regular health care. Data were collected before and after the intervention using a health literacy assessment form and a Self-Health Care on Four Smart concepts assessment form. The data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results showed that, after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores in health literacy and Self-Health Care on For Smart concepts compared to both their pre-intervention scores and the comparison group ($p < 0.05$). These findings indicate that the program was effective in enhancing health literacy and Self-Health Care on For Smart concepts, and it can be applied in activities or projects aimed at improving the quality of life for the elderly.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.คณัย บวรเกียรติกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้สละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษา และคำแนะนำ อันเป็นแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณานี้ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณบดี คณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ที่มีคุณค่า ยิ่งแก่ผู้วิจัย พร้อมคอยให้ความช่วยเหลือและกำลังใจ เป็นแรงผลักดันในระหว่างการศึกษาอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ เทศบาลเมืองบ้านสวน ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านสวน ประธานชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และสมาชิกทุกคนในครอบครัว รวมถึงกัลยาณมิตรที่ดีทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่สำคัญให้กับผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นความกตัญญูกตเวทิตาแด่ บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จตราบนานทุกวันนี้

พริมรดา ทัศนมณเฑียร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย	6
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	9
แนวคิด 4 smart เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	15
แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ	16
การดูแลสุขภาพตนเองผู้สูงอายุ.....	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	22
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
วิธีการสุ่มตัวอย่าง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	37
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	39
จริยธรรมการวิจัย.....	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล	39
การวิเคราะห์ข้อมูล	46
บทที่ 4 ผลการวิจัย	47
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	48
ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบผลการวิจัยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	50
ส่วนที่ 3 การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart.....	56
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	59
สรุปผลการวิจัย.....	59
อภิปรายผลการวิจัย.....	61
ข้อสรุป	66
ข้อเสนอแนะ.....	68
บรรณานุกรม.....	71
ภาคผนวก	77
ภาคผนวก ก	78
ภาคผนวก ข	92
ภาคผนวก ค	94
ภาคผนวก ง.....	97
ภาคผนวก จ	101
ภาคผนวก ฉ	112

ประวัติย่อของผู้วิจัย159



สารบัญตาราง

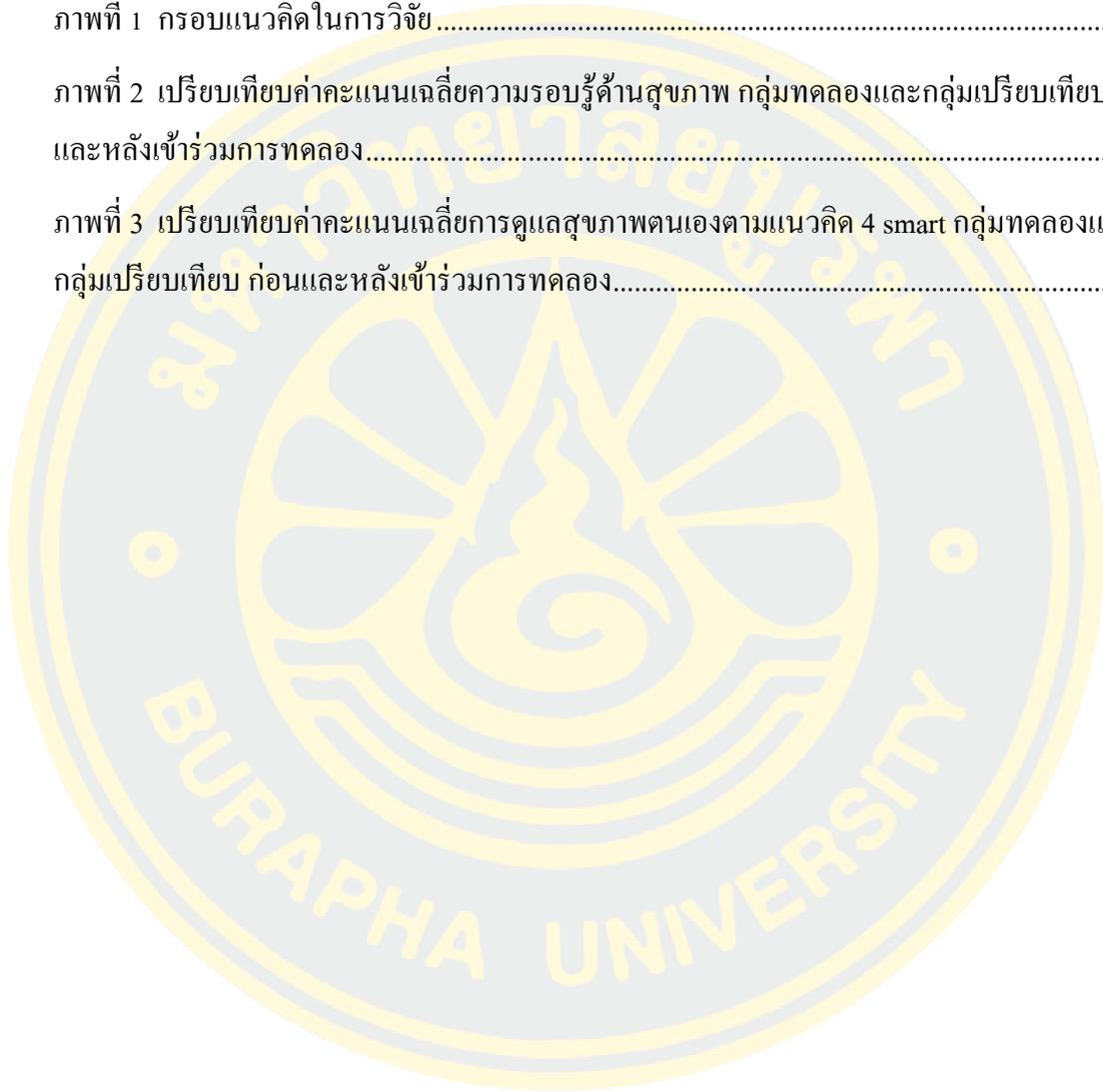
หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	48
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง.....	50
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ภายในกลุ่มทดลอง ก่อน และหลังเข้าร่วมการทดลอง.....	51
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง	52
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง.....	53
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนเข้าร่วมการทดลอง.....	54
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมการทดลอง	55
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ภายในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง	56
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง	57

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ภาพที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง.....	51
ภาพที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง.....	57



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเพิ่มขึ้นของ ประชากรสูงอายุ เป็นปรากฏการณ์ระดับโลก ซึ่งเป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่อัตราการเกิดของเด็กลดลงอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ แล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และกำลังจะเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2564 และ สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ในปี พ.ศ. 2578 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 4 ในทวีปเอเชีย และสูงเป็นอันดับ 2 ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศสิงคโปร์ โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย และเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 78.2 ปี ส่วนเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 71.3 ปี (จุฬารัตน์ แสงทอง, 2560)

ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสิ่งที่ต้องเตรียมการรองรับ เนื่องจากมีมากกว่าร้อยละ 20 ที่มีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มขึ้น อาทิ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ มะเร็ง และไตวาย ซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญต่อการเป็น โรคเรื้อรัง จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มี ภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 8.1 โดยพบในผู้สูงอายุชายร้อยละ 6.8 และผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 9.2 และเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ความชุกของภาวะสมองเสื่อมก็เพิ่มมากขึ้นด้วย (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2557)

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย จึงมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพด้วยแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ได้แก่ 1) Smart Walk คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อร่างกายที่แข็งแรง ไม่หกล้ม โดยให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30-60 นาที ด้วยการบริหารร่างกายท่าต่าง ๆ การเดินอย่างสม่ำเสมอทุกวัน 2) Smart Brain คือ การดูแล ฟังฝนทักษะทางสมอง เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม 3) Smart Sleep & Emotional คือ การนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง โดยนอนหลับในช่วงหัวค่ำและตื่นแต่เช้า และ 4) Smart Eat คือ การรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม เน้นผัก ผลไม้ พร้อมกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพ

ช่องปากที่ดี เพื่อความสามารถในการบดเคี้ยวอาหาร มีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่สบ (กรมอนามัย, 2560)

การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการพัฒนาสุขภาพให้บรรลุความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การดูแลสุขภาพตนเองจะประสบความสำเร็จได้เมื่อบุคคลมีความเข้าใจปัญหา ความต้องการ และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมทางสังคมและธรรมชาติได้ สุขภาพในวัยผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับทั้งสภาพร่างกายและจิตใจที่เกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิด สภาพจิตใจที่สงบและเบิกบาน ย่อมนำไปสู่การมีชีวิตที่ดีได้ แม้สุขภาพทางกายอาจมีปัญหาบ้าง แต่หากสภาพจิตใจไม่ปกติ เช่น มีความวิตกกังวล หวาดระแวง หรือเบื่อหน่าย เศร้าสร้อย ย่อมทำให้ชีวิตไม่มีความสุขได้ แม้ร่างกายจะแข็งแรงก็ตาม การมีสุขภาพดีจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ชีวิตดำเนินไปได้อย่างมีความสุข สามารถประกอบกิจวัตรหรือภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ทุกคนจึงต้องมีความรู้และความใส่ใจในการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดีและอายุยืนยาวอย่างแข็งแรงในวัยสูงอายุ (เกษม ต้นดิผลาชีวะ, 2550)

ความรู้ด้านสุขภาพ ตามนิยามของกองสุศึกษา (2559) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมถึงชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้ ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี หรือบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคไข้หวัดใหญ่ การตรวจคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ความรู้ด้านสุขภาพยังสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมบุตร และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ศรีเพชรศรีอุไร, 2556) หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพโดยรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่ข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการได้อย่างสมบูรณ์ (World Health Organization, 2009; ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ศรีเพชรศรีอุไร, 2556) ดังนั้น การมีความรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นทักษะที่จำเป็นอย่างยิ่งในการแสวงหาและใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง นัทบีม (Nutbeam, 2000) ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุข

ศึกษาและกิจกรรมการสื่อสาร โดยการดำเนินงานสุขศึกษาสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ได้โดยตรง จึงสรุปได้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพซึ่งจะส่งผล ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ประชาชนควรมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูง ดังนั้น จึงควรมีการ พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ศรีเพชรศรีอุไร, 2556)

การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นแนวทางสำคัญที่เป็นรากฐาน ของการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ การสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพเป็นมาตรการและแนวทางพัฒนาในยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพคนไทยเชิง รุก เพื่อขับเคลื่อนสู่โมเดลประเทศไทย 4.0 เนื่องจากประชากรสูงอายุโดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ กลุ่มคิดสังคม หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ความเสื่อมตามวัยอาจนำไปสู่ ภาวะเปราะบางที่พบบ่อย เช่น หกล้ม หลงลืม ซึมเศร้า ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวลดลง ไม่สามารถ เลือกรอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และต้องพึ่งพาบุคคลอื่น การที่ผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตนเองให้ ได้มากที่สุดและนานที่สุดบนความเสื่อมตามธรรมชาติของวัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้นั้น จำเป็นต้องได้รับการ ส่งเสริมให้มี ความรู้สุขภาพที่เพียงพอ ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูล ปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพตนเอง และถ่ายทอดประสบการณ์สู่ผู้อื่น (Nutbeam, 2000)

จังหวัดชลบุรี หรือที่คนทั่วไปเรียกกันสั้น ๆ ว่า “เมืองชล” เป็นจังหวัดท่องเที่ยวชายทะเล ภาควะวันออกที่มีชื่อเสียงมายาวนาน มีลักษณะภูมิประเทศที่หลากหลาย ทั้งที่ราบลูกคลื่นและเนิน เขา ที่ราบชายฝั่งทะเล ที่ราบลุ่มแม่น้ำบางปะกง พื้นที่สูงชันและภูเขา รวมถึงเกาะน้อยใหญ่อีก มากมาย ภูมิประเทศอันหลากหลายนี้หล่อหลอมให้ชลบุรีสามารถพัฒนากิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่าง ต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นด้านการเกษตร อุตสาหกรรม การพาณิชย์ การท่องเที่ยว และการคมนาคมที่ สะดวกสบาย ปัจจุบันชลบุรีมีประชากรประมาณ 1,618,066 คน และมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 250,046 คน จังหวัดชลบุรีได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 โดยสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 11.22 ในปี พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 15.73 ในปี พ.ศ. 2566 (กรมการ ปกครอง, 2566; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2566) โดยได้เลือกพื้นที่ในการศึกษาเป็น เทศบาลเมืองบ้านสวน ซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีเขตการปกครองครอบคลุมพื้นที่ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จากสถิติประชากรผู้สูงอายุของของเทศบาลเมือง บ้านสวน 3 ปีซ้อนหลัง พ.ศ. 2561-2563 พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.14, 16.91, 17.37 ตามลำดับ และคาดว่าจะมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (เทศบาลเมืองบ้านสวน, 2563) เทศบาลเมืองบ้านสวนตระหนักถึงการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ จึงได้พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน

หลายด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านสวัสดิการ ด้านการศึกษา และการฝึกอาชีพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณค่า โดยได้นำแนวคิด 4 Smart มาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ดังนั้น การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาและนำเสนอ รูปแบบโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 Smart ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้จะเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและมีหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับหน่วยบริการด้านสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนกิจกรรมและโครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขและบริบทของชุมชน อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพแข็งแรงและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

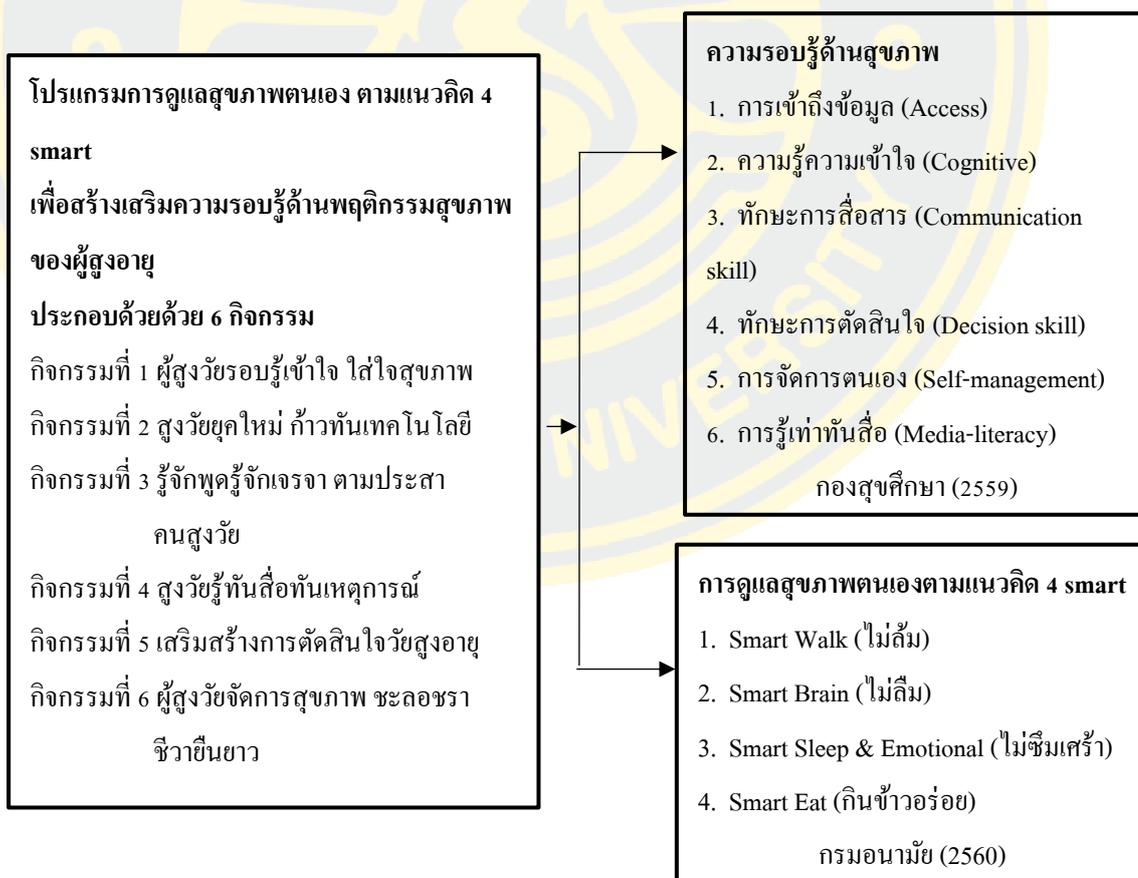
1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
4. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานของการวิจัย

ภายหลังการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. ค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart หลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง
4. ค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart หลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) เปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลอง เพื่อศึกษาโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart โดยประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพ กองสุศึกษา (2559) ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล (Access) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) การจัดการตนเอง (Self-management) การรู้เท่าทันสื่อ (Media-literacy) กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-75 ปี ทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และเป็นกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ระยะเวลาในการศึกษาข้อมูล ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทราบถึงผลลัพธ์ของการสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart
2. เป็นแนวทางในการจัดการเพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่าง ๆ
3. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแผนงานบริหารจัดการสุขภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart หมายถึง กระบวนการที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยพัฒนาจากแนวคิด 4 smart ของกองสุศึกษา (2559) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 ผู้สูงวัยรอบรู้เข้าใจ ใส่ใจสุขภาพ กิจกรรมที่ 2 สูงวัยยุคใหม่ ก้าวทันเทคโนโลยี กิจกรรมที่ 3 รู้จักพู่ควู้จักเจรจา ตามประสานสูงวัย กิจกรรมที่ 4 สูงวัยรู้ทันสื่อทันเหตุการณ์ กิจกรรมที่ 5 เสริมสร้างการตัดสินใจวัยสูงอายุ กิจกรรมที่ 6 ผู้สูงวัยจัดการสุขภาพ ชะลอชรา ชีววัยยืนยาว

การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองตามนโยบายของกรมอนามัย (2560) ประกอบด้วย Smart Walk (ไม่ล้ม) Smart Brain (ไม่ลืม) Smart Sleep & Emotional (ไม่ซึมเศร้า) Smart Eat (กินข้าวอร่อย)

Smart Walk (ไม่ล้ม) คือ การปฏิบัติหรือการกระทำของผู้สูงอายุในการออกกำลังกาย ประกอบด้วย การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30-60 นาที การเดินอย่างน้อยวันละ 6,000-8,000 ก้าว และการออกกำลังกายเสริมสร้างกล้ามเนื้อ

Smart Brain (ไม่ลืม) คือ การปฏิบัติหรือการกระทำของผู้สูงอายุในการฝึกบริหารสมอง ฝึกการทำงานของสมองสองซีก และกระตุ้นการทำงานของสมองในส่วนที่ควบคุมกล้ามเนื้อ โดยการ เล่นเกมส์ การนับเลข ทำจิบแอล ทำโป่งก้อย

Smart Sleep & Emotional (ไม่ซึมเศร้า) คือ การปฏิบัติหรือการกระทำของผู้สูงอายุในการนอนหลับและการจัดการความเครียด

Smart Eat (กินข้าวอร่อย) คือ การปฏิบัติหรือการกระทำของผู้สูงอายุในการรับประทานอาหารตามธงโภชนาการ การประเมินภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล (Access) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) การจัดการตนเอง (Self-management) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy)

การเข้าถึงข้อมูล (Access) หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) หมายถึง การรับรู้ การจำได้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart

ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการตั้งคำถาม การพูดคุยเล่าเรื่อง การโน้มน้าว และการแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart

ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการเลือกปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติ และแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

การจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผน พร้อมทั้งทบทวนเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติ

การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูล การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่เกิดจากการรับสื่อ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจ
ไปในทางที่เสื่อมลง มีบทบาททางสังคมและกิจกรรมในการประกอบอาชีพลดลง

เทศบาลเมืองบ้านสวน หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง
ชลบุรี จังหวัดชลบุรี มีอำนาจหน้าที่บริหารจัดการพื้นที่เขตตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี
จังหวัดชลบุรี



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาจากการรวบรวมเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
 - 1.3 ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
2. แนวคิด 4 smart เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)
3. แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ
 - 3.1 คำนิยามและความหมาย
 - 3.2 องค์ประกอบของ Health literacy
4. การดูแลสุขภาพตนเองผู้สูงอายุ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ คำที่ใช้เรียกบุคคลว่า คนชราหรือผู้สูงอายุนั้น โดยทั่วไปเป็นคำที่ใช้เรียกบุคคลที่มีอายุมากผสมขาว หน้าตาเหี่ยวแห้ง การเคลื่อนไหวเชื่องช้า พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542) ให้ความหมายคำว่าชราว่าแก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมเพราะ ก่อให้เกิดความหดหู่ใจ และความถดถอยสิ้นหวัง ทั้งนี้ จากผลการประชุมของคณะผู้อาวุโส โดย พล.ต.ต.หลวงอรรถสิทธิสุนทร เป็นประธาน ได้กำหนดคำให้เรียกว่าผู้สูงอายุแทน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์

สุรกุล เจนอบรม (2541) ได้กำหนดการเป็นบุคคลสูงอายุว่า บุคคลผู้จะเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุมิเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกัน โดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological aging) จากจำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปีปฏิทิน โดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย
2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological aging หรือ Biological aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี
3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สถิติปัญญาการรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง
4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological aging) จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544) ได้เสนอข้อคิดเห็น ของ บาร์โร และสมิท (Barrow & Smith, 1981) ว่าเป็นการยากที่จะกำหนดว่าผู้ใดชรภาพหรือสูงอายุแต่สามารถพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้คือ

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุ โดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากงาน เช่น ประเทศไทยกำหนดอายุวัยเกษียณอายุ เมื่ออายุครบ 60 ปี แต่ประเทศสหรัฐอเมริกา กำหนดอายุ 65 ปี เป็นต้น
2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีรวิทยาหรือทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันในวัยสูงอายุ อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย จะทำงานน้อยลงซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปากแต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันจึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น
3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental functioning) เป็นการกำหนดตามเกณฑ์ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้ และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุดกับผู้สูงอายุ คือ ความจำเริ่มเสื่อม ขาดแรงจูงใจซึ่งไม่ได้หมายความว่าบุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้
4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-concept) เป็นการกำหนดโดยยึดความคิดที่ผู้สูงอายุมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกายความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้กำหนดขึ้น
5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยใช้แนวความคิด จากการเสื่อมถอยของสภาพทางร่างกายและ

จิตใจคนทั่วไปจึงกำหนดว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้น บุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุ จึงหมายถึงบุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6. ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with stress and illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุจะเผชิญกับสภาพ โรคร้ายไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะสภาพทางร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนั้น ยังอาจเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่น ๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60-65 ปีขึ้นไป

นอกจากนั้น ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2545) ได้เสนอผลการศึกษาระยะยาว ว่าการกำหนดอายุที่เรียกว่าเป็น “คนแก่” ส่วนใหญ่ระบุว่าเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป แต่บางพื้นที่มีข้อพิจารณาอื่น ๆ ประกอบ เช่น ภาวะสุขภาพ บางคนอายุประมาณ 50-55 ปี แต่มีสุขภาพไม่แข็งแรงมีโรคร้ายและทำงานไม่ไหว ผมงขาว หลังโกงก็เรียกว่า “แก่” บางคนมีหลานก็รู้สึกว่าเริ่มแก่และเริ่มลดกิจกรรมเชิงเศรษฐกิจลง กลุ่มผู้สูงอายุไม่ใส่ใจต่อตัวเลขอายุแต่พิจารณาตัดสินจากองค์ประกอบ เช่น สภาพร่างกาย ปวดเอว ปวดตามข้อ เดินไปไกล ๆ ไม่ไหว ทำงานหนักไม่ค่อยได้เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เป็นต้น

จากความหมาย ผู้สูงอายุที่นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึง จึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจไปในทางที่เสื่อมลง มีบทบาททางสังคม และกิจกรรมในการประกอบอาชีพลดลง

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการกำหนดว่า บุคคลที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (2531) ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนตะวันออก (2543) ได้เสนอข้อมูลขององค์การอนามัยโลก โดย อัลเฟรด เจคาห์น (Professor Dr. Alfred J. Kahn) แห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย มีการแบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ในลักษณะของการแบ่งช่วงอายุที่เหมือนกัน คือ

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี
2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี
3. คนชรามาก (Very Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

ยูริค และคนอื่น ๆ (Yuriek, et al., 1980) เสนอการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young-old) มีอายุ 60 – 74 ปี
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Old-old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนภาคตะวันออก (2543) ได้เสนอข้อมูลการแบ่งช่วงอายุผู้สูงอายุของประเทศไทย ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 60-69 ปี

2. อายุตั้งแต่ 70-79 ปี
3. อายุ 80 ปีขึ้นไป

2. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงวัยในผู้สูงอายุได้มีผู้ศึกษาและอธิบายถึงสภาพของการเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสื่อมโทรมของร่างกาย ทั้งนี้ วันเพ็ญ วงศ์จันทร์ (2539) ได้เสนอสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลง 3 ประการใหญ่ ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จำแนกออกตามระบบของร่างกายได้ ดังนี้

- 1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เพราะเซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง
- 1.2 ระบบประสาทและระบบสัมผัส เซลล์สมอง และเซลล์ประสาท มีจำนวนลดลง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวน และขนาดเส้นใยของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังพืด เข้ามาแทนที่มากขึ้น
- 1.3 ระบบการไหลเวียนโลหิต หลอดลม ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง
- 1.4 ระบบทางเดินอาหาร ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันเริ่มบางลง เซลล์สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ผู้สูงอายุไม่ค่อยมีฟันเหลือต้องใส่ฟันปลอม ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวกต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย
- 1.5 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุมีขนาดของไตลดลง การไหลเวียนโลหิตในไตลดลง ในเพศชาย ต่อมลูกหมากโตขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบาก ต้องถ่ายบ่อยลูกอั้นจะเห็นวเล็กลง และผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ส่วนในเพศหญิง รังไข่จะฝ่อเล็กลง ปีกมดลูกเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง

1.6 ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง และทำงานลดลง ผู้สูงอายุจะเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัวและการหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้นเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้อง
 ประสบการณ์หน้าที่และบทบาทของผู้สูงอายุจะลดลง มีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ความคล่องตัว ใน
 การคิด การกระทำ การสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมาก
 ขึ้น ความมีเหตุผล และการคิดเป็นไปในทางลบเพราะ สังคมมักจะประเมินว่า ความสามารถ ในการ
 ปฏิบัติลดลงถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนแสดงให้เห็นว่าความมีอายุมิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนิน
 บทบาท และหน้าที่ทางสังคมก็ตาม

กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2541) ได้นำเสนอข้อมูลการเปลี่ยนแปลงวัยของผู้สูงอายุ
 ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เซลล์ในร่างกายมนุษย์มีการเจริญและเสื่อมโทรมตลอดเวลา โดยใน
 ผู้สูงอายุมีอัตราการเสื่อมโทรมมากกว่าการเจริญ ทั้งนี้ การเสื่อมโทรมทางจิตจะทำให้มีความรู้สึก
 โดดเดี่ยวอ้างว้าง

2. ระบบหายใจเสื่อมสภาพลงเพราะ อวัยวะในการหายใจเข้า-ออกลดความสามารถใน
 การขยายตัว ปอดเสียความยืดหยุ่น ถุงลมแตกเปลี่ยนแก้สลดน้อยลง ปอดรับออกซิเจนได้น้อยลง

3. ระบบการไหลเวียนเลือด หัวใจ หลอดเลือด มีเนื้อเยื่ออื่นมาแทรกมากขึ้น ทำให้การ
 สูบฉีดเลือดของหัวใจไม่แข็งแรงเหมือนเดิม มีปริมาณสูบฉีดลดลง หลอดเลือดแข็งตัว และแรงดัน
 เลือดสูงขึ้น ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะลดปริมาณ

4. สติปัญญาของผู้สูงอายุสติปัญญาเริ่มเสื่อมถอย เชื่องช้า ต้องใช้เวลาในการคิดวิเคราะห์
 ทบทวนนานกว่าจะตัดสินใจได้ การตอบโต้ทางความคิดไม่ฉับพลันทันที แต่มีเหตุผลและ
 ประสบการณ์เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคิดและตัดสินใจ แต่บางครั้งไม่กล้าตัดสินใจอะไร

5. การเรียนรู้ของผู้สูงอายุการเรียนรู้เรื่องใหม่ ๆ หรือเทคโนโลยีใหม่ของผู้สูงอายุเป็นไปได้ช้า
 ต้องใช้เวลาเรียนรู้นานกว่าที่จะรู้ ปรับเปลี่ยนความคิด และการกระทำได้แต่การเรียนรู้ที่มี
 ความสอดคล้องกับประสบการณ์เดิม และความรู้เดิมที่มีอยู่จะสามารถเรียนรู้ได้รวดเร็ว

6. พฤติกรรมและธรรมชาติของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้

6.1 ถ้าไม่มีกิจกรรมอะไรทำอยู่ว่าง ๆ จะรำคาญ และคิดฟุ้งซ่านหรืออาจจะบ่นพึมพำ

6.2 บางช่วงจะหลง ๆ ลืม ๆ

6.3 สายตาไม่ดี อ่านหนังสือที่มีขนาดอักษรตัวเล็กเกินไปไม่ได้และอ่านได้ไม่นาน

6.4 ชอบอ่าน ฟัง ดูข่าว ความก้าวหน้าและความเป็นไปของบ้านเมืองมากกว่าบันเทิง

หรือตำราวิชาการ

6.5 มีช่วงเวลาของความสนใจยาวนาน และมีสมาธิดี ถ้ามีความตั้งใจจะทำสิ่งใด

3. ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

3.1 ปัญหาทางด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพเสื่อมโทรม มีโรคภัยต่าง ๆ เบียดเบียน โรคทางกายที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคมะเร็ง โรคกระดูกพรุน โรคเก๊าท์ โรคข้อเสื่อม และยังมีโรคทางสมอง เนื่องจาก ผู้มีอายุเกิน 65 ปี มักจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสมอง คือ โรคสมองเสื่อม โรคหลงลืม โรคซึมเศร้า

3.2 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีฐานะไม่ดี ไม่มีลูกหลานดูแล อุปการะเลี้ยงดูอาจจะไม่มีรายได้หรือรายได้ไม่เพียงพอสำหรับการเลี้ยงชีพ อาจจะไม่มียาที่อยู่อาศัย ทำให้ได้รับความลำบาก

3.3 ปัญหาทางด้านความรู้ ผู้สูงอายุอาจไม่มีโอกาสได้รับความรู้เพื่อการพัฒนาตนเองให้เหมาะสมกับวัยและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปและเพื่อให้เข้ากันได้กับเยาวชนรุ่นใหม่

3.4 ปัญหาทางด้านสังคม ผู้สูงอายุอาจจะไม่ได้รับการยกย่องจากสังคมเหมือนเดิม โดยเฉพาะผู้ที่เคยเป็นข้าราชการในตำแหน่งสูง ซึ่งเคยมีอำนาจ และบริวารแวดล้อม เมื่อเกษียณอายุอาจเสียสายอำนาจและตำแหน่งที่เสียไป เยาวชนและหนุ่มสาวหลายคนมีทัศนคติไม่ดีต่อผู้สูงอายุ เห็นคนรุ่นเก่าลำไส้ผุๆ พุดไม่รู้เรื่องและไม่มีประโยชน์

3.5 ปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับความเอาใจใส่และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ ทำให้รู้สึกเหงา อังว้างและอาจมีความวิตกกังวลต่าง ๆ เช่น กังวลว่าจะถูกลูกหลานและญาติพี่น้องทอดทิ้ง กังวลในเรื่องความตาย ผู้สูงอายุมักมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น เศร้า เฉยเมย เอาแต่ใจตนเอง ผู้สูงอายุบางคนยังมีความต้องการความสุขทางโลกีย์ ซึ่งไม่เหมาะสมกับวัยของตนทำให้ได้รับความผิดหวัง

3.6 ปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว ปัญหาผู้สูงอายุที่น่าเป็นห่วงคือการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมในอดีตจะเป็นครอบครัวใหญ่ที่เรียกว่าครอบครัวขยาย ทำให้มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้นและเกิดความอบอุ่น ระหว่าง พ่อ แม่ และลูกหลานในปัจจุบันครอบครัวคนไทย โดยเฉพาะในเขตเมือง จะเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ ลูกหลานจะมาทำงานในเขตเมืองทิ้งพ่อแม่ให้เฝ้าบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยวไม่ได้รับการดูแล และได้รับความอบอุ่นดังเช่นอดีตที่ผ่านมา

แนวคิด 4 smart เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

กรมอนามัย (2560) “ผู้สูงวัย คือ หลักชัยของสังคม ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าว อร่อย: อายุยืนยาว สุขภาพยอดเยี่ยม” ให้ความสำคัญกับภาวะสมองเสื่อมที่เป็นปัญหาสำคัญของใน ผู้สูงอายุ ซึ่งมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพ โดยประเมินคัดกรอง คัดกรอง สุขภาพและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การพัฒนาและจัดทำฐานข้อมูล การพัฒนาบุคลากร การ พัฒนาระบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม การจัด สภาพแวดล้อมให้มั่นคง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าถึงระบบบริการอย่างถ้วนหน้าเท่า เทียม และเตรียมความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อมและ ดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ได้แก่

1. Smart Walk คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อร่างกายที่แข็งแรง ไม่หกล้ม โดยให้ ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30-60 นาที ด้วยการบริหารร่างกายท่าต่าง ๆ การเดินอย่างสม่ำเสมอทุกวัน อย่างน้อยวันละ 6,000-8,000 ก้าวในผู้สูงอายุที่ปกติ สำหรับผู้สูงอายุที่ สุขภาพไม่แข็งแรงอาจจะเริ่มต้นที่ 3,000 ก้าว หรือเดินแบบสะสมเฉลี่ยวันละประมาณ 3 กิโลเมตร

2. Smart Brain คือ การดูแล ฝึกฝนทักษะทางสมอง เพื่อป้องกันภาวะ สมองเสื่อมและยัง มีการแนะนำให้ผู้สูงอายุฝึกสมองด้วยการเล่นเกมต่าง ๆ เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ รณรงค์เรื่อง ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่มีส่วนทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมถึง 5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่

3. Smart Sleep & Emotional คือ การนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง โดยนอนหลับในช่วงหัวค่ำและตื่นแต่เช้า หลีกเลี่ยงการกินอาหารและการออกกำลังกายก่อนนอน เพราะจะทำให้หลับไม่หลับและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าตามมาได้ รวมทั้งการทำจิตใจให้เบิกบาน ไม่ เกรียด ไม่เศร้าหมอง

4. Smart Eat คือ การกินอาหารอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการ ครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม เน้นผัก ผลไม้ เลือกอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพสูง เช่น ปลาทะเล ซึ่งมีกรดโอเมก้า 3 สูง ช่วย บำรุงประสาท สายตา และสมอง การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี เพื่อความสามารถใน การบดเคี้ยวอาหาร มีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่สบ

กรมอนามัย (2560) ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”

1. ไม่ล้ม การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม สาเหตุของการพลัดตก หกล้ม มาจากสาเหตุ เช่น พื้นลื่น สะดุดสิ่งกีดขวาง การเสียทรงตัว กล้ามเนื้ออ่อนแรง สภาพแวดล้อมในบ้าน การรับประทานยาบางชนิดและการใช้รองเท้าที่ไม่เหมาะสม พื้นต่างระดับ

หน้ามีดวงเวียน และตกบันได เป็นต้น ป้องกันการหกล้มได้โดย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ปรับสิ่งแวดล้อมปลอดภัย ดูแล สายตาให้มองเห็นชัดเจน

2. ไม่ลืม บริหารสมอง สร้างพลังความจำ ภาวะสมองเสื่อม พบมากในผู้สูงอายุ แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุทุกคนต้องมีภาวะสมองเสื่อม การดูแลสุขภาพทั้งกายและใจอย่างถูกวิธี จะเป็นหนทางที่ช่วยป้องกันหรือลดความรุนแรงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม

3. ไม่ซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า (Depression) คือ ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนีดตนเอง เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ภาวะพึ่งพิงหรือพิการ ภาวะซึมเศร้านี้มีโอกาสพัฒนาไปเป็น “โรคซึมเศร้า” ได้ในอนาคต

4. กินข้าวอร่อย การกินอาหารถือเป็นรากฐานสำคัญของมนุษย์ ซึ่งช่องทางการนำอาหารเข้าสู่ร่างกายในภาวะปกติ คือ ผ่านทางช่องปาก การกินไม่เพียงแต่สำคัญต่อการดำรงชีวิต แต่จากการศึกษายังพบว่ากระบวนการ “กิน” ทั้งการเคี้ยว การสัมผัส รับกลิ่นรสและการกลืน มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตและความสุขโดยรวม นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเคี้ยวต่อการกระตุ้นสมองในส่วนการเรียนรู้และความจำอีกด้วย

แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมในหัวข้อต่อไปนี้ พัฒนาการ คำนิยามและความหมาย องค์ประกอบของ Health literacy Health literacy มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ การพัฒนา Health Literacy และการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพ

1. คำนิยามและความหมาย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 1998) ได้ให้นิยาม Health literacy ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลความไว้ว่า “ทักษะต่าง ๆ ทางการเรียนรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น”

นัทบีม (Nutbeam, 2000, 2008) ให้คำจำกัดความว่า เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทาง เพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง

Zarcadoolas, Pleasant, & Greer (2005) นิยามว่า ทักษะที่ครอบคลุมความสามารถของบุคคลในการประเมินข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและนำแนวความคิดที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต

Pleasant & Kuruvilla (2008) นิยามว่า ความสามารถในการค้นหา ความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ

Ishikawa และคณะ (2008) นิยามว่า ความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ วิเคราะห์และใช้ข้อมูลทางสุขภาพเพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ศูนย์ยุทธศาสตร์สำหรับการดูแลสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา (Center for Health Care Strategies, 2013) นิยามว่า ระดับที่บุคคล ที่มีความสามารถที่จะได้รับกระบวนการและเข้าใจ ข้อมูลสุขภาพขั้นพื้นฐานและบริการ ที่จำเป็นในการตัดสินใจที่เหมาะสมกับสุขภาพ

กองสุศึกษา (2559) นิยามว่า Health literacy คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้

2. องค์ประกอบของ Health literacy

แนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2000) ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 Basic/ Functional literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับ พื้นฐาน ได้แก่ สมรรถนะ ในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะ พื้นฐาน ด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็น สำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม จลาภยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ การทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและ วาจา จากแพทย์ พยาบาล เกษัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น

ระดับ 2 Communicative/ Interactive literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมี ปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมใน การดูแลสุขภาพ เป็นกรรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive literacy) และทักษะทางสังคม (Social skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น

ระดับ 3 Critical literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ คือ สมรรถนะใน การประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือก ปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพและรักษาสุขภาพของตนเอง

แนวคิดของ รุทแมน และรอนสัน (Rootman & Ronson, 2005) ประกอบด้วย 2 ด้านหลัก ได้แก่ การรู้หนังสือทั่วไป (General literacy) เช่น สมรรถนะในการอ่านออก จำนวน การพูด การฟัง การทำความเข้าใจ การต่อรอง การวิพากษ์ และการตัดสินใจ การรู้หนังสือด้านอื่น ๆ เช่น วิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม คอมพิวเตอร์ และสื่อต่าง ๆ เป็นต้น แนวคิดนี้เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) กับการรู้หนังสือ (Literacy) ในด้านอื่น ๆ ได้แก่ การรู้หนังสือด้านทั่วไป เช่น วิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม คอมพิวเตอร์และสื่อต่าง ๆ เป็นต้น โดยการรู้หนังสือที่ต่ำและสูงในทุกด้านจะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลทางตรง ได้แก่ การใช้ยาที่ถูกต้องตามคำสั่งของแพทย์ ความสม่ำเสมอของการทานยา การปฏิบัติตัวให้เกิดความปลอดภัย ส่วนผลทางอ้อมอันเกิดจากความสามารถในการรู้หนังสือ อาจจะไม่เห็นผลตรง ๆ แต่กลับมีผลต่อสุขภาพตามมาอย่างมาก ได้แก่ ความเครียด สิ่งแวดล้อมในการทำงาน รายได้ การรู้จักเลือกรับบริการ

แนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) โมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1. การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) 3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4. การจัดการตนเอง (Selfmanagement) 5. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ 6. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) แนวคิดการพัฒนามาจากการดูแลรักษาทางคลินิก (Clinical care) และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน (Public health) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง “ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค” ในกรณีบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลกระทบต่อปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ โดยแนวความคิดนี้มีรากฐานมาจากการรู้หนังสือ (Literacy) ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และส่งเสริมสุขภาพ จะให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนสุขภาพที่ดีขึ้น

แนวคิดของ เว็กเนอร์ และคณะ (Wagner et al., 2009) ได้อธิบายความสามารถในการใช้ความรู้ทักษะ และการคำนวณ เมื่อบุคคลจะต้องแก้ปัญหา กรอบแนวคิดนี้ พัฒนาจากรูปแบบของการรู้คิดทางปัญญาและสังคม (Social cognition models) เพื่ออธิบายถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของทักษะพื้นฐาน เช่น การอ่าน การคำนวณ ที่ใช้แปลความหมายทำความเข้าใจกับข้อความต่าง ๆ ซึ่งมีความจำเป็นระดับของความรู้อุดหนุนที่เพิ่มขึ้น

แนวคิดของ โซเรนเซน และคณะ (Sorensen et al., 2012) “Integrated model of health literacy” ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1. การเข้าถึง (Access) เป็นความสามารถที่จะแสวงค้นหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ 2. การเข้าใจ (Understand) เป็นความสามารถที่จะแสวงค้นหาและรับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ 3. การประเมิน (Appraise) เป็นความสามารถในการอธิบาย การตีความ การ

กลั่นกรองและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง และ 4. การประยุกต์ใช้ (Apply) เป็นความสามารถในการสื่อสารและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพตนเอง แนวคิดของกองสุศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุศึกษา, 2559)

องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ คุณลักษณะสำคัญ

1. เลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา
2. ค้นหาข้อมูลที่ต้องการ
3. สามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้ เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ สำหรับนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจที่ต้องการเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติคุณลักษณะสำคัญ

1. มีความรู้และจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ
2. สามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพในการที่จะนำไปปฏิบัติ
3. สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล

องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนคุณลักษณะสำคัญ

1. สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจ
2. สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง คุณลักษณะสำคัญ

1. กำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี
2. ใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีการปฏิบัติ
3. สามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่น

องค์ประกอบที่ 5 การจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง คุณลักษณะสำคัญ

1. สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ
 2. สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้
 3. มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
- องค์ประกอบที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อ (Media-literacy) หมายถึง ความสามารถในการ

ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม คุณลักษณะสำคัญ

1. ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ
2. เปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น
3. ประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม

3. Health literacy มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ

Health literacy มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพ โดยรวมการควบคุมเบาหวาน การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี หรือบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรค ไข้หวัดใหญ่ การตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งเต้านม การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ Health literacy มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และคณะ, 2556)

หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับ Health literacy ต่ำ ย่อมจะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้ (WHO, 2009)

จำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกคนจะต้องมี Health literacy ซึ่งเป็นทักษะที่จะช่วยให้บุคคลแสวงหาและใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000) ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่าควรมีการพัฒนา Health literacy ให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ ทางสุขภาพที่เกิดขึ้น จากการดำเนินงานสุขศึกษาและกิจกรรมการสื่อสาร ทั้งนี้ เนื่องจากการดำเนินงานสุขศึกษาทำให้เกิดการพัฒนา Health literacy โดยตรง

สามารถสรุปได้ว่า Health literacy มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ประชาชนควรมีระดับ Health literacy ที่สูง ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนา Health literacy เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

การดูแลสุขภาพตนเองผู้สูงอายุ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง คือ กระบวนการเพิ่มความสามารถของตนเองในการพัฒนาสุขภาพของตนเองให้บรรลุความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การดูแลสุขภาพตนเองจะประสบความสำเร็จได้กลุ่มบุคคลต้องเข้าใจ รู้ปัญหาความต้องการ และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของสังคมและธรรมชาติ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ คือ การคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ สุขภาพในวัยผู้สูงอายุจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ ทั้งสองอย่างเกี่ยวข้องกันตลอดเวลา สภาพจิตใจที่สงบเบิกบาน ย่อมทำให้สามารถมีชีวิตที่ดีได้ถึงแม้สุขภาพทางกายอาจมีปัญหาบ้างก็ตาม แต่ถ้าปัญหาทางใจไม่ปกติเกิดความวิตกกังวลหวาดระแวงหรือเบื่อหน่าย เศร้าสร้อยไม่อาจมีชีวิตที่มีความสุข ถึงแม้สภาพร่างกายจะดีก็ตาม

การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ

การมีสุขภาพดี เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ชีวิตดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุข สามารถประกอบกิจการหรือภารกิจหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนปรารถนา ทุกคนจึงต้องมีความรู้ และใส่ใจต่อการปฏิบัติดูแลตนเองให้บรรลุการมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาวอย่างแข็งแรงในวัยสูงอายุ แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้มีชีวิตสดใส ประกอบด้วย

1. ตรวจสอบสภาพร่างกายเป็นประจำปีละ 2 ครั้ง เมื่อเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์
2. ดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก ฟัน และเหงือกอยู่เสมอ
3. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยรับประทานอาหารมื้อละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง
4. ดื่มน้ำสะอาด วันละ 6-8 แก้ว
5. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย การออกกำลังกายวิธีง่าย ๆ คือ เดินตอนเช้าและตอนเย็น ฝึกการบริหารต่าง ๆ วิ่งเหยาะ ๆ หรือเล่นกีฬาที่ชอบ เป็นต้น
6. อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีอากาศดีถ่ายเทสะดวกลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มในบ้าน เช่น พื้นไม้ ไม้ลื่น ไฟสว่าง เป็นต้น

7. ลดหรืองดสิ่งเสพติดที่บั่นทอนสุขภาพ เช่น บุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ และหลีกเลี่ยงการใช้ยาบางประเภท เช่น ยาโรควิต และยาระงับประสาท ยานอนหลับใช้ได้เฉพาะที่แพทย์สั่งเท่านั้น และรับประทานตามสัดส่วนนั้น

8. ฝึกการขับถ่ายป้องกันไม่ให้ท้องผูก โดยรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้

9. พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง

10. มองโลกในแง่ดีจะทำให้จิตใจ สดใส ปล่องวางอารมณ์ดี ทำให้คนอยากคบหาสมาคม และอยากอยู่ใกล้ โดยเฉพาะในเรื่องของอารมณ์ ควรหลีกเลี่ยงอารมณ์โกรธ

11. ใช้เวลาว่างทำประโยชน์เท่าที่จะทำได้เพื่อตนเองหรือเพื่อผู้อื่น เช่น ช่วยงานที่บ้าน ช่วยงานสาธารณประโยชน์ อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ ฟังข่าวสาร ฟังปาฐกถาธรรม เป็นต้น

12. ควรหาโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติมิตรเพื่อนบ้าน การเข้าเป็นสมาชิกชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

13. รักษาความสะอาดร่างกายหรือสุขอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่

13.1 อาบน้ำให้สะอาดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

13.2 ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย

13.3 สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

13.4 ตัดเล็บมือ เล็บเท้า ให้สั้นอยู่เสมอสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

13.5 แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธานินทร์ ไชยานุกูล (2561) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำครั่ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 3 มีแบบแผนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 1. ไม่ดื่ม: กิจกรรมประเภทภูมิปัญญาพื้นบ้าน (การรำไม้พลอง ผ้าขาวม้ายางยืด เดินกะลา) มากที่สุด ร้อยละ 50.2 2. ไม่ดื่ม: มีกิจกรรมประเภทเกมส์ต่าง ๆ (เกมบริหารสมอง เกมฝึกความจำฝึกประสาทสัมผัส) มากที่สุด ร้อยละ 69.0 3. ไม่ดื่ม: มีกิจกรรมทางสังคม (เพื่อนช่วยเพื่อน การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมสม่ำเสมอ) มากที่สุด ร้อยละ 44.5 4. กินข้าวอร่อย: มีกิจกรรมประเภทให้ความรู้ส่งเสริมสุขภาพ มากที่สุด ร้อยละ 38.0 และ 5. ปัญหาอุปสรรคและความต้องการสนับสนุน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีปัญหาการเดินทางเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้เข้าร่วมไม่ต่อเนื่อง จึงต้องการจัดการรับส่งหรือให้คนในครอบครัวรับส่งเข้าร่วมกิจกรรมและไม่มีวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง และพบว่า มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอาจเนื่องจากผู้สูงอายุได้ประเมินความ

เสียงของตนเอง มีการตั้งเป้าหมายในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการกับอารมณ์ของตนเองรวมทั้งการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา นอกจากนั้นยังได้มีการเสริมกิจกรรมที่ผู้สูงอายุยังมีทักษะที่ไม่ค่อยดี เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ เป็นต้น

ประไพพิศ สิงหเสน และคณะ (2563) ได้ศึกษาปฏิบัติการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหนองจรูด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง จากการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในระยะเวลา 3 เดือน พบว่า 1. ด้านการเข้าถึง ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูล 3 อ. จากการเข้าร่วมกิจกรรม แต่ยังไม่เข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้วยตนเองได้น้อย 2. ด้านความรู้ความเข้าใจ ผู้สูงอายุมีความรู้ 3 อ. เพิ่มขึ้นหลังร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และ 3. ด้านการนำไปใช้ ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อความรู้แก่บุคคลอื่น การวิจัยครั้งนี้สามารถสร้างเสริมความ-รอบรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้บางส่วน ควรใช้กลวิธีเชิงรุกรายบุคคลกับผู้ที่มีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง/ไม่ดี เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

นิธิรัตน์ บุญตานนท์ และคณะ (2562) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา โดยการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม เปรียบเทียบค่าคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุทั้งก่อนและหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา จำนวน 34 คน ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุจำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 4 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการตามปกติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรีจำนวน 34 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน T-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ผลการศึกษา พบว่าหลังได้รับ โปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการภาพรวม และรายประเด็น ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ การเข้าใจด้านโภชนาการ การโต้ตอบซักถามการตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.001 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการหลังได้รับ โปรแกรม ทั้งภาพรวม และรายประเด็นทุกด้านแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.001

ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์ (2562) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสียงเบาหวาน ของคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสนป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษาค้นนี้เป็นเพศหญิง

มากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรส จบชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพ ใช้แรงงาน คะแนนความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตาม 3อ. 2ส. คะแนนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง รวมทั้งคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มมากขึ้นหลังเข้า โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยวิจัยนี้มีรูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยทำการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในคลินิกหมอบรรณศิริบ้านทุ่งเสียว จำนวน 184 คน และได้ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการ เสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้ใน โครงการวิจัยนี้ ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมเรียนรู้ด้าน สุขภาพและการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรม โดยกิจกรรมการเรียนรู้ทำโดยทีม หมอบรรณศิริ เดือนละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่ หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ 1. จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ ในรูปแบบที่ หลากหลาย ประกอบด้วย การบรรยาย การสาธิต การฝึกทักษะ 2. ส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้ กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยชมรม สร้างสุขภาพ 3. จัด โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้ฝึกปฏิบัติตนเองใน การดูแลสุขภาพของตนเอง ได้แก่ โปรแกรม 3อ. 2ส. 4. ส่งเสริมการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ บุคคลต้นแบบหรือบุคคลที่เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ ผ่านเรื่องเล่าจากประสบการณ์ และการจัด เวทีที่ประชาคมตั้งต้นจากกิจกรรมที่หลากหลายจึงทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจทาง สุขภาพเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตาม 3อ. 2ส. ได้มากขึ้น ทำให้มีคะแนนความรู้ความเข้าใจทาง สุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตาม 3อ. 2ส. ของผู้เข้าร่วม โครงการเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้เข้าโครงการเพิ่มมากขึ้นหลังเข้าโครงการทั้งนี้เพราะ การที่ผู้เข้าร่วม โครงการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นจึงทำให้ผู้เข้าโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่ดีขึ้น

กานดาวิ มาลีวงษ์ และคณะ (2561) ได้ศึกษาความรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”: กรณีศึกษาเขตดอนเมืองนี้ มี วัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ของชมรมผู้สูงอายุเขตดอนเมืองผ่านการเป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพ โดยใช้กรอบ แนวคิดของ PIRAB คือ Partner Invest Regulate and Legislate Advocate และ Build capacity ร่วมกับองค์ประกอบของสังคมความรอบรู้ ประชากร คือ 24 ชมรมผู้สูงอายุในเขตดอนเมือง กลุ่ม ตัวอย่าง คือ 3 ชมรมที่เลือกแบบเจาะจงโดยผู้ให้ข้อมูล คือ ประธาน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน

90 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ค่าดัชนีความสอดคล้อง 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา Cronbach ของแบบสอบถามทั้งฉบับได้ 0.958 แนวคำถาม สันทนา กลุ่ม ถอดบทเรียน การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึกและเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 90 ชมรมผู้สูงอายุอยู่ในหมู่บ้านจัดสรร จัดตั้งระหว่าง 5-10 ปี สมาชิกน้อยกว่า 50 คน ช่วงอายุของสมาชิก 70-79 ปี จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยชมรมเองโดยการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุเป็นไปตามศักยภาพของผู้นำ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทำเองและไม่ต่อเนื่อง ยังไม่มีความเข้าใจการเป็นองค์กรความรอบรู้ของผู้สูงอายุ มุ่งทำกิจกรรมในมิติ “ไม่ซึมเศร้า” ที่เน้นสร้างความสุขทางใจเป็นลำดับแรก โดยผลงานวิจัยสามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์ให้เกิดกลไกการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในเรื่อง “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ให้เป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพควรเป็น “รูปแบบ Smart by LITS (Leadership, Information, Team, Stakeholder)”

วีรพล กิตติพิบูลย์ และคณะ (2563) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วยกระบวนการวิจัย 3 ระยะ ดำเนินการระหว่าง 5 ตุลาคม 2561–31 กรกฎาคม 2562 ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การศึกษาและออกแบบรูปแบบการคัดกรองและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 การปฏิบัติการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้รูปแบบและเครื่องมือการวิจัยจากระยะที่ 1 โดยการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 คน สุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์ (Purposive sampling) ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ช่วยเหลือตนเองได้ หรือมีคะแนน Barthel ADL index ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน 3) มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของรัฐหรือเอกชนอย่างใดอย่างหนึ่ง 4) ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่มีภาวะฉุกเฉินหรือโรคที่แพร่กระจายทางอากาศ อาทิ โรคหัวใจ โรคเมเร็งระยะสุดท้าย วัณโรค และ 5) สามารถเข้าร่วมการคัดกรองสุขภาพได้จนครบทุกขั้นตอน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 10 ชุด ชุดละ 8 – 10 คน เพื่อให้สามารถดำเนินการคัดกรองสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์ และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตามวัตถุประสงค์ (Purposive sampling) จำนวน 69 คน แบ่งเป็น 6 ชุด แต่ละชุดทำกิจกรรมครั้งละ 12 ชั่วโมง และ ระยะที่ 3 การสังเกต และประเมินผลการพัฒนา

จากการวิจัยระยะที่ 1 พบว่ารูปแบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัว การใช้ยาประจำตัว 2) การคัดกรองภาวะหกล้ม

ประกอบด้วย การทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 9 มัด การทดสอบการเดินและการทรงตัว (Timed Up and Go Test-TUGT) การทดสอบการมองเห็นด้วย Snellen chart การประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Thai Falls Risk Assessment Test-Thai-FRAT 3) การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย การทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (Mini Mental State Examination-MMSE-Thai 2002) และการทดสอบสมรรถภาพสมองระยะต้น หรือพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment-MoCA test) 4) การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai Geriatrics Depression Scale-TGDS) และ 5) การคัดกรองภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การวัดดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต การคัดกรองภาวะโภชนาการด้วย Mini Nutritional Assessment Short form (MNA®-SF) การตรวจและประเมินพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและฟัน และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 6 รายการ ได้แก่ ความเข้มข้นเลือด (Hematocrit) น้ำตาลในเลือด คลอเรสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ไขมันชนิด High-density lipoproteins (HDL) และไขมันชนิด Low-density lipoproteins (LDL) รวมทั้งสิ้น 14 รายการ ใช้เวลารวม 120 นาที โดยจัดทำคู่มือการตรวจคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบการทำกิจกรรม

ผลการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งภาคทฤษฎี และฝึกทักษะปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ แบ่งเป็น 1. ไม่ล้ม มีกิจกรรมปัจจัยเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุ การดูแลตนเองเมื่อเกิดการหกล้ม และ 10 ท่าออกกำลังกายป้องกันหกล้ม 2. ไม่ล้ม มีกิจกรรม 10 อาการเตือนสมองเสื่อม และเทคนิคการบริหารสมอง 3. ไม่ซึมเศร้า มีกิจกรรม สนทนา สนทนา ความจำสั้นยาว คนตรีสร้างสรรค์ และรักษารวมชาติและสิ่งแวดล้อม และ 4. กินข้าวอร่อย มีกิจกรรมด้านโภชนาการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย พลังงานและสารอาหารใน 1 วัน อาหารหลัก 5 หมู่ ชงโภชนาการ อาหารแลกเปลี่ยน การจัดอาหารที่เหมาะสม ฝึกปฏิบัติการจัดอาหารเฉพาะบุคคล และด้านสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การประเมินสุขภาพช่องปาก และการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน โดยใช้ระยะเวลาทั้งหมดกิจกรรม 12 ชั่วโมง แบ่งเป็นวันที่ 1 จำนวน 4 ชั่วโมง และวันที่ 2 จำนวน 8 ชั่วโมง

วุฒิพงษ์ ธนขว้าง (2564) ได้ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปากในสามนคร โรงเรียนพระปริยัติธรรม อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม (One group pretest-posttest design) กลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปาก และเปรียบเทียบตัวแปรก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรม

คุณลักษณะของปากของสามเณร กรอบแนวคิดการวิจัย โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นระดับสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึงเข้าใจ ประเมินและปรับใช้ข้อมูลความรู้และบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมประกอบด้วย 6 ทักษะ ดังนี้ 1) การเข้าถึง 2) การเข้าใจ 3) การโต้ตอบ 4) การตัดสินใจ 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 6) การบอกต่อ ผลการวิจัยพบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรม สามเณรมีระดับความรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปาก ($\bar{X} = 77.79$, $SD = 2.80$) ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ($\bar{X} = 14.08$, $SD = 0.93$) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก ($\bar{X} = 3.84$, $SD = 0.21$) และประสิทธิภาพการแปรงฟัน ($\bar{X} = 0.12$, $SD = 0.15$) เพิ่มขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย พบว่าทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value <.01) ทั้งนี้สามเณรควรได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดียิ่งขึ้น

สุวิมล แสงเรือง และคณะ (2566) ได้ศึกษาผลของการใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับ แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness plan) แบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่ง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความเสี่ยง 9 ด้าน ในผู้สูงอายุ และผลของการใช้ หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) แบบมีส่วนร่วม ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความเสี่ยง 9 ด้านในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน เป็นการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ป้องกันการเจ็บป่วย อยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข และเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในเขตเทศบาลตำบล โกสุมพิสัย ตำบลหัวขวาง อำเภอ โกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ที่มีความเสี่ยงด้านใดด้านหนึ่ง หรือ หลายด้าน ตามนิยามการถดถอย 9 ด้านในผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลจาก แบบคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุในชุมชน แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ แบบคัดกรองความเสี่ยง 9 ด้าน ในผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ และสถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ พฤติกรรม และความเสี่ยง 9 ด้าน ก่อนและหลังการใช้หลักสูตร ผลการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ก่อน-หลังการทดลองใช้หลักสูตร น้ำหนัก ไม่แตกต่างกันรอบเอวหลัง การใช้หลักสูตรการเรียนรู้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความดันโลหิตในกลุ่มเกินเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 38.3 เป็นร้อยละ 3.33 และไม่พบภาวะแทรกซ้อนของโรค พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีพฤติกรรมสุขภาพครบ 8 ข้อ

เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.00 เป็น 93.33 และหลังการใช้หลักสูตร ไม่พบความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและ การฆ่าตัวตายจาก คำถาม 2 Q ในกลุ่มตัวอย่าง

อติญาณ์ ศรีเกษตริน และคณะ (2566) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้าน สุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพ 3อ. 2ส. สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 คะแนนความรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ ความรู้แบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

สุรสิทธิ์ แจ็งภักดี (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกัน โรคโควิด-19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่ม ทดลองได้รับ โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการ พยาบาลแบบปกติ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 6 ด้าน สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรม การป้องกัน โรคโควิด-19 มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมมีทักษะความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอและมี พฤติกรรม การป้องกัน โรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง

ประพัฒนพร ไสวเวียง (2566) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอคอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษา วิจัย แบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมพัฒนา ความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอคอนมดแดงจังหวัดอุบลราชธานี โดย ประยุกต์ใช้กลวิธีทางสุขศึกษา กระบวนการกลุ่ม แรงสนับสนุนทางสังคมและการสร้างพลัง กลุ่ม ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตอำเภอคอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการ แบ่งชั้นภูมิและการสุ่มอย่างง่าย โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับ โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 4 ครั้ง ซึ่งประกอบด้วย การเรียนรู้ด้วยตนเอง การบรรยาย การสนทนากลุ่ม การอภิปราย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากจัด โปรแกรมพัฒนาความรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกายด้านโภชนาการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางปัญญา และการ จัดการกับความเครียดด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางปัญญา และการจัดการกับความเครียด ดีกว่ากลุ่ม

9 ด้านในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน เป็นการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ ป้องกันการเจ็บป่วย อยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข และเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในเขตเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ที่มีความเสี่ยงด้านใดด้านหนึ่ง หรือ หลายด้าน ตามนิยามการถดถอย 9 ด้านในผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลจาก แบบคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุในชุมชน แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ แบบคัดกรองความเสี่ยง 9 ด้าน ในผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ และสถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ พฤติกรรม และความเสี่ยง 9 ด้าน ก่อนและหลังการใช้หลักสูตร ผลการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ก่อน-หลังการทดลองใช้หลักสูตร น้าหนัก ไม่แตกต่างกันรอบเอวหลัง การใช้หลักสูตรการเรียนรู้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความดันโลหิตในกลุ่มเกินเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 38.3 เป็นร้อยละ 3.33 และไม่พบภาวะแทรกซ้อนของโรค พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีพฤติกรรมสุขภาพครบ 8 ข้อ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.00 เป็น 93.33และหลังการใช้หลักสูตร ไม่พบความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายจาก คำถาม 2 Q ในกลุ่มตัวอย่าง

อดิญาณ์ ศรีเกษตริน และคณะ (2566) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 คะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

สุรสิทธิ์ แจ่มภักดี (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติ ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 6 ด้าน สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิดมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมมีทักษะความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19ในระดับปานกลาง

ประพัฒสร ไสวเวียง (2566) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอคอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอคอนมดแดงจังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้กลวิธีทางสุศึกษา กระบวนการกลุ่ม แรงสนับสนุนทางสังคมและการสร้างพลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตอำเภอคอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการแบ่งชั้นภูมิและการสุ่มอย่างง่าย โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับ โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 4 ครั้ง ซึ่งประกอบด้วย การเรียนรู้ด้วยตนเอง การบรรยาย การสนทนากลุ่ม การอภิปราย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการจัด โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกายด้าน โภชนาการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางปัญญา และการจัดการกับความเครียดด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย ด้าน โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางปัญญา และการจัดการกับความเครียด ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การจัด โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการใช้สื่อการสอน เช่น บรรยาย แจกแผ่นพับการสาธิต การฝึกปฏิบัติโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการทางสุศึกษา และกระบวนการกลุ่มสามารถทำให้กลุ่มทดลอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุวิดา ลิ้มเริ่มสกุล (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เบาหวานชนิดที่ 2 การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มาตรวจที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครฯ จำนวน 60 ราย สุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้บล็อกสุ่มด้วยคอมพิวเตอร์ ให้มีเพศเหมือนกัน กลุ่มควบคุม 30 รายได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง 30 รายได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านช่องทางแอปพลิเคชัน ไลน์เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เก็บข้อมูลก่อนและเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองระดับปานกลาง หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองระดับสูง ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัชร แสสน โห่่ง (2566) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อ ความรอบรู้โรคข้อเข่าเสื่อม พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของผู้สูงอายุโรคข้อ เข่าเสื่อม การวิจัยก่อนทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง กลุ่มควบคุม (ได้รับการ พยาบาลปกติ) และกลุ่มทดลอง (ได้รับ โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการ พยาบาลปกติ) ผลพบว่า หลังโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และพบว่ากลุ่มทดลองมีความรุนแรงของ โรคข้อเข่าเสื่อมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

Ansari (2016) ได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาแบบตัดขวางในตะวันออกเฉียงใต้ของอิหร่าน พบว่า ระดับการศึกษาเป็นตัวกำหนดที่ สำคัญที่สุดของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจึงมีระดับความรู้ด้าน สุขภาพ ในทางกลับกันระดับของความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับเพศและรายได้ต่อเดือน อย่างไรก็ตามระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำในเพศชาย และระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ สูงขึ้นในกลุ่มอายุที่มีอายุมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยอภิปรายว่าระดับการศึกษาของบุคคลสามารถใช้เป็นตัวทำนายระดับความรู้ด้านสุขภาพได้ โดยผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับความรู้ด้านสุขภาพมาก ขึ้นในโครงการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพโดย เจ้าหน้าที่จำเป็นต้องร่วมมือกับสื่อมวลชนในฐานะแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญที่สุดจัด โปรแกรมที่ครอบคลุมการพัฒนาสื่อ เพื่อการศึกษาที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่เพียงพอ อาจเป็นขั้นตอนที่มีประสิทธิภาพสำหรับการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพใน สังคม โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา

O'Hara et al. (2025) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม และวิเคราะห์หลักฐานจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy interventions) และผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพใน ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ โดยมุ่งเน้นที่ความสามารถในการเข้าถึง (accessing), การทำความเข้าใจ (understanding), และการ ใช้ข้อมูลสุขภาพ (using health information) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึง ความเชื่อมโยงที่เป็นไปได้ ระหว่างโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพที่เน้นรายบุคคล (individual-focused interventions) กับ ผลลัพธ์เชิงบวก ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยผลลัพธ์เหล่านี้รวมถึง ความสามารถในการทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่เข้าร่วม โปรแกรมมี แนวโน้มที่จะเข้าใจและสามารถนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ได้ดีขึ้น การยึดมั่นในการใช้ยาที่ดี

ขึ้น (improved medication adherence) เป็นหนึ่งในผลลัพธ์ที่สำคัญที่แสดงให้เห็นว่าการมีทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ความสามารถ โดยรวมในการค้นหาและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่หลากหลาย โปรแกรมช่วยให้ผู้สูงอายุมีทักษะในการแสวงหาและเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้มากขึ้น โดยรวมแล้ว การทบทวนวรรณกรรมนี้สรุปว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โปรแกรมที่ ออกแบบมาเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล มีศักยภาพในการ ปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ ที่สำคัญ ผ่านการเพิ่มขีดความสามารถของผู้สูงอายุในการจัดการและใช้ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Liu et al. (2023) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้าน สุขภาพดิจิทัลในผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-Analysis) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน ประสิทธิภาพของ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Literacy Interventions) ที่มุ่งเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ งานวิจัยนี้ได้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจาก งานวิจัยหลายชิ้นเพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับผลลัพธ์ของ โปรแกรมดังกล่าว ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ด้าน สุขภาพดิจิทัลในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยรวมแล้ว การเข้าร่วมโปรแกรมเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมี ความสามารถที่ดีขึ้น ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพดิจิทัลไปใช้ ซึ่ง รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) ในการดูแลสุขภาพ การวิเคราะห์อภิมาน นี้ทำให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาและนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลมาใช้ ในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้พวกเขาสามารถใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดการสุขภาพ ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพในยุคปัจจุบัน

Wolf et al. (2020) งานวิจัยนี้ได้ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยที่ผ่านมามาก และ ได้ข้อสรุปที่สำคัญว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่จำกัดนั้นมีความสัมพันธ์อย่าง ชัดเจนกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์หลากหลายประการ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ มักจะมีความเข้าใจในภาวะเจ็บป่วยและวิธีการรักษาที่จำกัด ทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติตาม คำแนะนำของแพทย์หรือไม่สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งนำไปสู่การควบคุมโรค ได้ไม่ดีและภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีแนวโน้ม ที่จะใช้บริการสุขภาพอย่างไม่เหมาะสม เช่น การเข้าห้องฉุกเฉินบ่อยครั้ง หรือขาดการดูแลเชิง ป้องกันที่จำเป็น ซึ่งท้ายที่สุดแล้วส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง และในบางกรณีอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อ การเสียชีวิต บทความนี้ยังเน้นย้ำว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทาง สุขภาพนั้นมีความซับซ้อนและมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ระดับ

การศึกษา การเข้าถึงบริการสุขภาพ และความหลากหลายทางวัฒนธรรม ล้วนมีบทบาทสำคัญที่สามารถเป็นปัจจัยร่วม หรือตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์นี้ได้ ข้อจำกัดที่พบในงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้การศึกษาแบบตัดขวาง ซึ่งทำให้ยากต่อการสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลได้อย่างแน่ชัด นอกจากนี้ ความหลากหลายของเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพ และการควบคุมปัจจัยรบกวนที่ไม่สมบูรณ์ในบางการศึกษา ก็เป็นอีกหนึ่งความท้าทายที่ทำให้การสรุปผลเป็นไปได้ยากจำกัด จากข้อจำกัดเหล่านี้ Wolf และคณะ (2020) ได้ให้ข้อเสนอแนะที่สำคัญสำหรับงานวิจัยในอนาคต โดยเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการออกแบบการศึกษาที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่เข้มแข็งมากขึ้น เช่น การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trials) เพื่อพิสูจน์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุให้ชัดเจนยิ่งขึ้น รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมและมีความแม่นยำสูง เพื่อให้การทำความเข้าใจบทบาทที่แท้จริงของความรู้ด้านสุขภาพต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นไปอย่างลึกซึ้งและรอบด้านมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ความรู้ด้านสุขภาพ คือทักษะพื้นฐานที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความรู้ด้านสุขภาพนี้ครอบคลุมความสามารถในการ ค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพมาใช้ประกอบการตัดสินใจ ในชีวิตประจำวัน เช่น การอ่านฉลากยาอย่างถูกต้อง การทำความเข้าใจคำแนะนำของแพทย์ และการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ ทักษะเหล่านี้ยังมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากสุขภาพที่ซบซ้อนขึ้นตามวัย การมีโรคประจำตัวหลายชนิด หรือความจำเป็นในการใช้ยาหลากหลายตัว รวมถึงการต้องปรับตัวเข้ากับข้อมูลสุขภาพในรูปแบบดิจิทัลที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การขาดความรู้ด้านสุขภาพจึงอาจนำไปสู่ผลลัพธ์เชิงลบต่อสุขภาพได้ง่าย ดังที่ Wolf และคณะ (2020) ชี้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ มักเผชิญปัญหาในการจัดการโรคเรื้อรัง ไข้หวัด หรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง อย่างไรก็ตาม มีหลายงานวิจัยที่ได้ออกแบบและทดลองใช้โปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ และพบว่าได้ผลลัพธ์ที่เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุที่เน้นแนวคิด "ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย" ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจเรื่องสุขภาพดีขึ้น ธานินทร์ ไชยานุกุล (2561) และประไพพิศ สิงหเสม และคณะ (2563) พบว่ากิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร นอกจากนี้ ยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้าได้ด้วย (วีรพล กิตติพิบูลย์ และคณะ, 2563; สุวิมล แสงเรือง และคณะ, 2566) โปรแกรมเฉพาะด้าน อย่างเช่น การให้ความรู้และทักษะเฉพาะทางในเรื่องต่าง ๆ ก็แสดงให้เห็น

เห็นถึงประสิทธิผลที่ชัดเจน เช่น โปรแกรมเสริมความรู้ด้านโภชนาการ (นิธิรัตน์ บุญตานนท์ และคณะ, 2562) การจัดการโรคเบาหวาน (ชนาสีทิธี วิจิตรพันธ์, 2562; สุวิมล ลิ่มเริ่มสกุล, 2565) การดูแลโรคข้อเข่าเสื่อม (วัชระ แสนโหน่ง, 2566) หรือแม้แต่การป้องกันโรคติดเชื้ออย่างโควิด-19 (สุรสิทธิ์ แจ่มภักดี, 2565) ล้วนช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองในประเด็นเหล่านั้นได้ดีขึ้นอย่างมาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ในยุคที่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพอยู่บนแพลตฟอร์มออนไลน์ การศึกษาของ Liu และคณะ (2023) ยืนยันว่า โปรแกรมที่สอนผู้สูงอายุให้ใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึง และทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพดิจิทัลได้อย่างถูกต้องนั้น มีประสิทธิภาพในการช่วยให้พวกเขานำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพได้จริง การออกแบบโปรแกรมที่เน้นรายบุคคล และต่อเนื่อง ของ O'Hara และคณะ (2025) ได้ทบทวนงานวิจัยทั่วโลกและสรุปว่า โปรแกรมที่ได้รับการออกแบบมาเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล และมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจและสามารถนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงช่วยให้การใช้จ่ายถูกต้องและสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่หลากหลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวโดยสรุป การพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นรากฐานสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเข้มแข็ง ลดความเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพต่าง ๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนวัยสูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-75 ปี อาศัยอยู่ในตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านสวน อายุระหว่าง 65-75 ปี โดยอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2567 - ธันวาคม พ.ศ. 2567 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายจากชมรมผู้สูงอายุ 5 ชมรม จับสลากเลือกชมรมที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และจับสลากเลือกชมรมที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนด test family เป็น t-tests, statistical test คือ Means: Difference between two independent means, two tails testing กำหนดระดับความเชื่อมั่น 0.05 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.85 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าอิทธิพล (Effect size) การประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ผู้วิจัยได้ศึกษาผลการศึกษาของ อติญาณ์ ศรีเกษตริณ และคณะ (7) ซึ่งมีตัวแปรที่คล้ายคลึงกัน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 67.73 (SD = 11.81) ของกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 58.31 (SD = 10.57) นำมาคำนวณหาขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.84 ได้ขนาดกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 27 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน รวม 60 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชาชนวัยสูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-75 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ในเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ. 2567 ซึ่งวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) นี้ มีวิธีดำเนินการ โดยการคัดเลือกผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนวัยสูงอายุซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เดียวกันกับกลุ่มทดลอง จากนั้นอธิบายวัตถุประสงค์และชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจยินยอมหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์คัดเข้าตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ประชาชนวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 65-75 ปี
2. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยประเมินจากแบบประเมินดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล (Barthel activity daily living index) โดยได้ค่าคะแนน มากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป
3. มีความสามารถในการรับรู้ พูดคุยสื่อสาร และอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน
4. มีความสามารถใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ที่เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้
5. เป็นผู้ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอน

เกณฑ์คัดออกตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ประชาชนวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 65-75 ปี ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอน
2. มีปัญหาทางด้านสุขภาพ หรือภาวะเจ็บป่วยขณะดำเนินการทดลอง
3. ย้ายที่อยู่ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา (2559) โดยประยุกต์การดำเนินกิจกรรมตามคู่มือการจัด

กิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลของกองสุขศึกษา (2564)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ตอน จำนวน 36 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ โดยแบบประเมินเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) วัด 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- 1 คือ ทำได้ยากมาก หมายถึง น่าจะทำได้ 20% หรือน้อยกว่านั้น
- 2 คือ ทำได้ค่อนข้างยาก หมายถึง น่าจะทำได้ประมาณ 21% ถึง 50%
- 3 คือ ทำได้ค่อนข้างง่าย หมายถึง มั่นใจว่าจะทำได้ประมาณ 51% ถึง 80%
- 4 คือ ทำได้ง่ายมาก หมายถึง มั่นใจว่าจะทำได้มากกว่า 80%

2.2 แบบประเมินการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ที่ครอบคลุม 4 smart ได้แก่ Smart Walk (ไม่ล้ม) Smart Brain (ไม่ลืม) Smart Sleep & Emotional (ไม่ซึมเศร้า) Smart Eat (กินข้าวอร่อย) โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

- 1 คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้สูงอายุไม่เคยปฏิบัติเลย
- 2 คือ ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางวัน หรือบางครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์)
- 3 คือ ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางวัน หรือบางครั้ง (3-5 วันต่อสัปดาห์)
- 4 คือ ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำวันหรือตามที่กำหนด (6-7 วันต่อสัปดาห์)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาพิจารณา และปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมภายใต้คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลนครแหลมฉบัง ตำบลทุ่งสุขลา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามากที่สุด จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ผล โดยการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค > 0.70 ซึ่งได้ค่าความเที่ยง ดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง 0.916 และการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart จำนวน 12 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง 0.803

จริยธรรมการวิจัย

เสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพา โดยผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ใบรับรอง IRB3-152/2567 วันที่รับรอง 25 ตุลาคม พ.ศ. 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังทดลอง รายละเอียดดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

ดำเนินการเสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา โดยผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ใบรับรอง IRB3-152/2567 วันที่รับรอง 25 ตุลาคม พ.ศ. 2567 จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 (ก่อนการทดลอง) โดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart

พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ทำการศึกษาให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การยุติการให้ความร่วมมือ ในขั้นตอนใด ๆ ของการวิจัย โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินจะเก็บเป็น ความลับ โดยไม่มีการเปิดเผยรายชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย จะใช้รหัสแทนการเขียนชื่อ-สกุลจริงของ ผู้เข้าร่วมวิจัย การเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และแบบประเมินที่มีข้อมูลของกลุ่ม ตัวอย่างจะถูกทำลายเมื่อผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์หรือนำเสนอที่เป็นส่วนหนึ่งของการทำ วิทยานิพนธ์ตามระเบียบของมหาวิทยาลัยแล้ว

เมื่อผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนาม ในแบบฟอร์มแสดงความ ยินยอมจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้กลุ่มตัวอย่าง ตาม คุณสมบัติที่กำหนดจนได้จำนวนของกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน รวม 60 คน

ดำเนินการสอบถามผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถาม ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) พร้อมทั้งตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) จากกลุ่ม ตัวอย่างเปรียบเทียบมาแล้ว

ระยะทดลอง

จัดกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง 30 นาที ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 ผู้สูงวัยรอบรู้เข้าใจ ใส่ใจสุขภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอธิบายการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง

วิธีดำเนินกิจกรรม

ชั้นนำ (15 นาที)

ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน ระยะเวลา และดำเนินกิจกรรมของการวิจัย

ขั้นดำเนินการ (1 ชั่วโมง 30 นาที)

ให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ตามคู่มือส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับเจ้าหน้าที่ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าว อร่อย ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560)

Smart Walk (ไม่ล้ม) โดยแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และฝึกปฏิบัติด้วยวิธีการออกกำลังกาย 12 ท่า เสริมสร้างกล้ามเนื้อ ป้องกันการหกล้ม

Smart Brain (ไม่ลืม) ฝึกการบริหารสมอง ด้วยเกมส์ฝึกสมอง-เชื่อมสมอง 2 ซีก ได้แก่ การบริหารปุ่มสมอง ปุ่มขมับ ปุ่มใบหู ท่าโป่งก้อย ท่าจิบแอล ตะแจมูก-ตะหู ฝึกต่อจิ๊กซอว์ ฝึกจับผิดภาพ

Smart Sleep & Emotional (ไม่ซึมเศร้า) แนะนำวิธีปฏิบัติ เพื่อการนอนหลับที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ แนะนำวิธีการทำอารมณ์และจิตใจให้เป็นสุข ด้วย 5 วิธีสร้างภาพแวดล้อมทางสังคม เพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี ทำแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า 2 Q

Smart Eat (กินข้าวอร่อย) การกินอาหารอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการ ครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม แนะนำการรับประทานอาหารตามธงโภชนาการ ฝึกการวัดรอบเอวและวิธีการประเมินภาวะอ้วนลงพุง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพช่องปาก มีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่สับ ฝึกการบริหารใบหน้าและลิ้น

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยสรุปความรู้และกิจกรรมการฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart

2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัย

3. ผู้วิจัยขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือ และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือ โดยสังเกตบรรยากาศการทำกิจกรรม

2. ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart

3. ผู้สูงอายุสามารถบอกวิธีการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 2 สูงวัยยุคใหม่ ก้าวทันเทคโนโลยี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพและการบริการสุขภาพที่ถูกต้อง

2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีการค้นหา และการใช้อุปกรณ์

ในการค้นหา

วิธีดำเนินกิจกรรม

ขั้นนำ (15 นาที)

1. ผู้วิจัยติดตามทบทวนเรื่องที่ให้ไว้ในครั้งก่อนและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

2. สร้างบรรยากาศด้วยกิจกรรมเชื่อมสัมพันธ์ภาพ การร้องเพลงและทำท่าทางประกอบ

ขั้นตอนการ (1 ชั่วโมง 30 นาที)

1. อธิบายหลักการค้นหาข้อมูลอย่างเป็นขั้นตอน และการเข้าถึงข้อมูลผ่านช่องทางต่าง ๆ จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้

2. ฝึกทักษะเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ผ่านสื่อออนไลน์ ได้แก่ อินเทอร์เน็ต ยูทูป โทรศัพท์มือถือ ไลน์ เฟซบุ๊ก โดยแนะนำวิธีค้นหาข้อมูล ช่องทางหรือลิงก์แหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เช่น เว็บไซต์กรมสุขภาพจิต เพจเฟซบุ๊กมูลนิธิหมอชาวบ้าน ช่องยูทูปของสสส. ไลน์หมอพร้อม เป็นต้น

3. ผู้วิจัยขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือ และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยสรุปหลักการค้นหาข้อมูลและการเข้าถึงแหล่งข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ผ่านสื่อออนไลน์

2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัย

3. ผู้วิจัยขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือ และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือ โดยสังเกตบรรยากาศการทำกิจกรรม

2. ผู้สูงอายุสามารถค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพและการบริการสุขภาพได้ถูกต้อง

3. ผู้สูงอายุสามารถเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีการค้นหา และการใช้อุปกรณ์ในการค้นหาได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 3 รู้จักพุดรู้จักเจรจา ตามประสานสูงวัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีทักษะการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพให้บุคคลอื่นเข้าใจ

2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (15 นาที)

1. ผู้วิจัยติดตามทบทวนเรื่องที่ให้ไว้ในครั้งก่อนและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

2. สร้างบรรยากาศด้วยกิจกรรมเชื่อมสัมพันธ์ภาพ การร้องเพลงและทำท่าทางประกอบ

ขั้นตอนการ (1 ชั่วโมง 30 นาที)

กิจกรรมฝึกทักษะความสามารถในการสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามแนวคิด 4 smart ได้แก่ ฝึกเทคนิคการใช้คำถาม การตั้งคำถามให้เหมาะสมกับบุคคล ช่วงเวลาและสถานการณ์ ฝึกการซักถามโต้ตอบ

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยสรุปการฝึกทักษะความสามารถการสื่อสาร โน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัย

3. ผู้วิจัยขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือ และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้วิจัยให้ความร่วมมือ โดยสังเกตบรรยากาศการทำกิจกรรม

2. ผู้สูงอายุสามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพให้บุคคลอื่นเข้าใจ

3. ผู้สูงอายุสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพได้

กิจกรรมที่ 4 สุนัขรู้ทันสื่อทันเหตุการณ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องและ ความน่าเชื่อถือของ

ข้อมูล

2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถหลีกเลี่ยงการเลือกรับสื่อที่อาจเกิดความเสี่ยงกับสุขภาพของ

ตนเองและผู้อื่น

วิธีดำเนินกิจกรรม

ขั้นนำ (15 นาที)

1. ผู้วิจัยติดตามทบทวนเรื่องที่ให้ไว้ในครั้งก่อนและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

2. สร้างบรรยากาศด้วยกิจกรรมเชื่อมสัมพันธ์ภาพ การร้องเพลงและทำท่าทางประกอบ

ขั้นดำเนินการ (1 ชั่วโมง 30 นาที)

กิจกรรมฝึกการตรวจสอบ เปรียบเทียบ และประเมินความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของ ข้อมูลสุขภาพ การรู้เท่าทันโฆษณาเกินจริง การแชร์ข้อมูล การพิจารณาข้อมูลที่เป็นจดหมายลูกโซ่ วิธีการหลีกเลี่ยงการเลือกรับสื่อที่อาจเกิดความเสี่ยงในการถูกหลอกลวงจากมิชชันนารี โดยการ ยกตัวอย่างข้อมูลที่ส่งผ่านสื่อต่าง ๆ หรือจำลองสถานการณ์ จากนั้นให้ผู้สูงอายุบอกวิธีในการ ดำเนินการกับข้อมูลหรือสถานการณ์นั้น

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยสรุปการฝึกทักษะความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อ การตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูล หลีกเลี่ยงการเลือกรับสื่อ

2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัย

3. ผู้วิจัยขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือ และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้วิจัยให้ความร่วมมือ โดยสังเกตบรรยากาศการทำกิจกรรม
2. ผู้สูงอายุมีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องและ ความน่าเชื่อถือของข้อมูล
3. ผู้สูงอายุสามารถหลีกเลี่ยงการเลือกรับสื่อที่อาจเกิดความเสี่ยงกับสุขภาพของตนเอง

และผู้อื่น

กิจกรรมที่ 5 เสริมสร้างการตัดสินใจวัยสูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจประเมินสุขภาพตนเอง และปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ส่งผลกระทบท่อสุขภาพ

2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีทักษะการตัดสินใจ สามารถเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม

วิธีดำเนินกิจกรรม

ขั้นนำ (15 นาที)

1. ผู้วิจัยติดตามทบทวนเรื่องที่ให้ไว้ในครั้งก่อนและให้คำแนะนำเพิ่มเติม
2. สร้างบรรยากาศด้วยกิจกรรมเชื่อมสัมพันธ์ภาพ การร้องเพลงและทำท่าทางประกอบ

ขั้นดำเนินการ (1 ชั่วโมง 30 นาที)

กิจกรรมฝึกทักษะการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพตามแนวคิด 4 smart โดยให้ประเมินการดูแลสุขภาพของตนเองในปัจจุบันมีสิ่งใดที่ควรแก้ไข กำหนดทางเลือกในการปฏิบัติ และควรปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพของตนให้ดียิ่งขึ้นได้อย่างไร

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยสรุปการฝึกทักษะการตัดสินใจการกำหนดทางเลือกและวิธีในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ

2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัย
3. ผู้วิจัยขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือ และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้วิจัยให้ความร่วมมือ โดยสังเกตบรรยากาศการทำกิจกรรม
2. ผู้สูงอายุสามารถประเมินส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
3. ผู้สูงอายุสามารถปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ส่งผลกระทบท่อสุขภาพ
4. ผู้สูงอายุสามารถเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 6 ผู้สูงวัยจัดการสุขภาพ ชะลอชรา ชีวยืนยาว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงวัยมีทักษะในการจัดการตนเองสามารถ วางแผน กำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพตนเอง
2. เพื่อให้ผู้สูงวัยมีความสามารถในการประเมินการปฏิบัติตามแผน ทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติ

วิธีดำเนินกิจกรรม

ขั้นนำ (15 นาที)

1. ผู้วิจัยติดตามทบทวนเรื่องที่ให้ไว้ในครั้งก่อนและให้คำแนะนำเพิ่มเติม
2. สร้างบรรยากาศด้วยกิจกรรมเชื่อมสัมพันธ์ภาพ การร้องเพลงและทำท่าทางประกอบ

ขั้นดำเนินการ (1 ชั่วโมง 30 นาที)

1. กิจกรรมฝึกทักษะการจัดการตนเอง โดยให้กำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีตามแนวคิด 4 smart วางแผนการปฏิบัติอย่างไร แสดงทางเลือกและวิธีการปฏิบัติตามแผน
2. กิจกรรมฝึกทบทวนและประเมินการปฏิบัติที่วางไว้ สามารถนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดได้หรือไม่ พร้อมกำหนดแนวทางการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เมื่อพบอุปสรรคที่ทำให้แผนการปฏิบัติไม่สามารถทำต่อได้

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้วิจัยสรุปการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ขั้นตอนการวางแผนและการเลือกวิธีการปฏิบัติ
2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัย
3. ผู้วิจัยขอบคุณผู้สูงวัยที่ให้ความร่วมมือ และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้วิจัยให้ความร่วมมือ โดยสังเกตบรรยากาศการทำกิจกรรม
2. ผู้สูงวัยมีทักษะในการจัดการตนเองให้มีสุขภาพดีได้
3. ผู้สูงวัยสามารถวางแผน กำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพตนเอง
4. ผู้สูงวัยความสามารถการประเมินการปฏิบัติตามแผน ทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติให้เหมาะสมได้

กลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ โดยผู้วิจัยจะบรรยายให้ความรู้ และ แจกคู่มือ “4 smart ผู้สูงวัยสร้างสุขภาพดี ชีวิตยืนยาว” หลังจากที่เก็บรวบรวมหลังการทดลองเสร็จสิ้น แล้ว ในสัปดาห์ที่ 6

ระยะหลังทดลอง

ผู้วิจัยนัดหมายผู้สูงอายุ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเอง ตามแนวคิด 4 smart ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 โดยใช้แบบการคัดกรอง สุขภาวะผู้สูงอายุตามแนวคิด 4 smart แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรม สุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิด 4 smart ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลชุดเดิมเก็บ ข้อมูลอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับอธิบายข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)
 - 2.1 ใช้สถิติ paired t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความ รอบรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ก่อนและหลังการทดลอง ภายใน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
 - 2.2 ใช้สถิติ Independent t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ของกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบหลังการทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านสวน อายุระหว่าง 65-75 ปี โดยอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567-ธันวาคม พ.ศ. 2567 ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย จาก 5 ชมรม จับสลากเลือกชมรมผู้สูงอายุชมรมที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และจับสลากเลือกชมรมผู้สูงอายุชมรมที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน

ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายแบ่งเป็น 3 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนเข้าร่วมการทดลอง

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมการทดลอง

ส่วนที่ 3 การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	8	26.7	2	6.7
หญิง	22	73.3	28	93.3
อายุ				
65 - 69 ปี	17	56.7	16	53.3
70 - 75 ปี	13	43.3	14	46.7
สถานภาพ				
โสด	2	6.7	8	26.7
สมรส	17	56.7	9	30.0
หย่าร้าง	4	13.3	1	3.3
คู่สมรสเสียชีวิต	7	23.3	12	40.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว				
ไม่มี	8	26.7	6	20.0
มี	22	73.3	24	80.0
โรคประจำตัวที่พบในผู้สูงอายุ				
โรคเบาหวาน	5	16.7	7	23.3
โรคความดันโลหิตสูง	19	63.3	20	66.7
โรคไขมันในเลือดสูง	12	40.0	12	40.0
โรคหัวใจและหลอดเลือด	2	6.7	2	6.7
โรคอื่น ๆ	2	6.7	3	10.0
สิทธิการรักษาพยาบาล				
สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท	23	76.7	23	76.7
สิทธิประกันสังคม	2	6.7	2	6.7
สิทธิสวัสดิการการ รักษาพยาบาลของข้าราชการ	5	16.7	5	16.7
การอยู่อาศัย				
อยู่เพียงคนเดียว	6	20.0	14	46.7
มีผู้ดูแล	24	80.0	16	53.3

จากตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 73.3 และ 26.7 ตามลำดับ และกลุ่มเปรียบเทียบเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 93.3 และ 6.7 ตามลำดับ ด้านอายุ กลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 65 - 69 ปี มากกว่าช่วง 70 - 75 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.7 และ 43.3 ตามลำดับ และในกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในช่วง 65 - 69 ปี มากกว่าช่วง 70 - 75 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 46.7 ตามลำดับ ด้านสถานภาพ กลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.7 และกลุ่มเปรียบเทียบมีสถานภาพผู้สมรสเสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 ด้าน ด้าน โรคประจำตัว กลุ่มทดลองและ

กลุ่มเปรียบเทียบมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.3 และ 66.7 ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท มากที่สุดและมีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 76.7 ด้านการอยู่อาศัย กลุ่มทดลองมีผู้ดูแลมากกว่าอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 80.0 และ 20.0 ตามลำดับ และกลุ่มเปรียบเทียบมีผู้ดูแลมากกว่าอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 46.7 ตามลำดับ

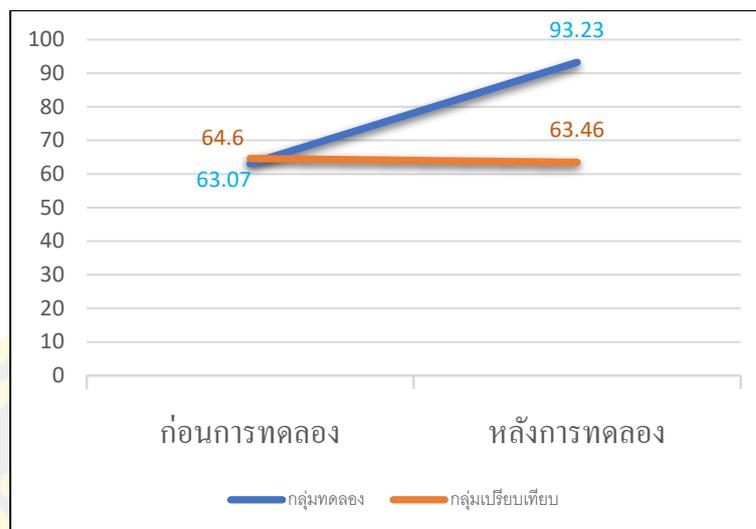
ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบผลการวิจัยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

ความรู้ด้านสุขภาพ	n	\bar{X}	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	63.07	8.07	-25.23	<0.001***
หลังการทดลอง	30	93.23	7.91		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	30	64.60	6.78	1.71	0.098
หลังการทดลอง	30	63.47	7.69		

***p-value<0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ($\bar{X} = 93.23, SD = 7.91$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 63.07, SD = 8.07$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <0.001, t = -25.23$) คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง ($\bar{X} = 63.46, SD = 7.69$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 64.60, SD = 6.78$) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.098, t = 1.71$)



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายด้าน)	ก่อนทดลอง (n = 30)			หลังทดลอง (n = 30)			t	p-value
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล		
1. การเข้าถึงข้อมูล	9.80	2.11	ไม่ดีพอ	14.13	2.13	พอใช้	-14.79	<0.001***
2. ความรู้ความเข้าใจ	11.73	1.55	ไม่ดีพอ	16.43	1.77	ดีมาก	-13.98	<0.001***
3. ทักษะการสื่อสาร	11.53	2.00	ไม่ดีพอ	15.80	2.04	พอใช้	-14.08	<0.001***
4. ทักษะการตัดสินใจ	11.13	2.18	ไม่ดีพอ	16.97	1.87	ดีมาก	-16.86	<0.001***
5. การจัดการตนเอง	10.17	2.73	ไม่ดีพอ	15.97	2.01	พอใช้	-12.94	<0.001***
6. การรู้เท่าทันสื่อ	8.70	1.73	ไม่ดีพอ	13.93	1.84	พอใช้	-15.49	<0.001***
โดยรวม	63.07	8.07	ไม่ดีพอ	93.23	7.91	พอใช้	-25.23	<0.001

***p-value<0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองอยู่ในระดับไม่ดีพอในทุกด้าน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ($\bar{X} = 9.80, SD = 2.11$) ความรู้ความเข้าใจ ($\bar{X} = 11.73, SD = 1.55$) ทักษะการสื่อสาร

($\bar{X} = 11.53, SD = 2.00$) ทักษะการตัดสินใจ ($\bar{X} = 11.13, SD = 2.18$) การจัดการตนเอง ($\bar{X} = 10.17, SD = 2.73$) และการรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{X} = 8.70, SD = 1.73$)

หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยอยู่ในระดับดีมาก 2 ด้าน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ ($\bar{X} = 16.43, SD = 1.77$) ทักษะการตัดสินใจ ($\bar{X} = 17.07, SD = 1.89$) และอยู่ในระดับพอใช้ 4 ด้าน คิดเป็นร้อยละ 66.67 ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ($\bar{X} = 14.13, SD = 2.13$) ทักษะการสื่อสาร ($\bar{X} = 15.80, SD = 2.04$) การจัดการตนเอง ($\bar{X} = 15.97, SD = 2.01$) การรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{X} = 13.93, SD = 1.84$)

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองในทุกด้าน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายด้าน)	ก่อนทดลอง (n = 30)			หลังทดลอง (n = 30)			t	p-value
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล		
1. การเข้าถึงข้อมูล	10.00	2.24	ไม่ดีพอ	10.10	2.45	ไม่ดีพอ	-0.50	0.620
2. ความรู้ความเข้าใจ	12.27	1.23	พอใช้	11.63	1.50	ไม่ดีพอ	3.74	<0.001***
3. ทักษะการสื่อสาร	11.50	1.66	ไม่ดีพอ	11.90	1.92	ไม่ดีพอ	-1.65	0.110
4. ทักษะการตัดสินใจ	11.33	1.65	ไม่ดีพอ	10.93	1.57	ไม่ดีพอ	1.93	0.063
5. การจัดการตนเอง	10.40	1.87	ไม่ดีพอ	10.00	1.80	ไม่ดีพอ	2.05	0.050
6. การรู้เท่าทันสื่อ	9.10	1.75	ไม่ดีพอ	8.90	1.71	ไม่ดีพอ	0.80	0.432
โดยรวม	64.60	6.78	ไม่ดีพอ	63.47	7.69	ไม่ดีพอ	1.71	0.098

***p-value<0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ของผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับไม่ดีพอ 5 ด้าน คิดเป็นร้อยละ 83.33 ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ($\bar{X} = 10.00, SD = 2.24$) ทักษะการสื่อสาร ($\bar{X} = 11.50, SD = 1.66$) ทักษะการตัดสินใจ ($\bar{X} = 11.33, SD = 1.65$) การจัดการตนเอง ($\bar{X} = 10.40, SD = 1.87$) การรู้เท่าทันสื่อ

($\bar{X} = 9.10$, $SD = 1.75$) อยู่ในระดับพอใช้ 1 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจ ($\bar{X} = 12.27$, $SD = 1.23$) คิดเป็นร้อยละ 16.67

หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ของผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบลดลง 1 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจ ($\bar{X} = 11.63$, $SD = 1.50$) คิดเป็นร้อยละ 16.67 และอยู่ในระดับพอใช้ 5 ด้าน คิดเป็นร้อยละ 83.33 ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ($\bar{X} = 10.10$, $SD = 2.45$) ทักษะการสื่อสาร ($\bar{X} = 11.90$, $SD = 1.92$) ทักษะการตัดสินใจ ($\bar{X} = 10.93$, $SD = 1.57$) การจัดการตนเอง ($\bar{X} = 10.00$, $SD = 1.80$) การรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{X} = 8.90$, $SD = 1.71$)

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.098$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	n	\bar{X}	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	63.07	8.07	-0.80	0.429
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	64.60	6.78		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	93.23	7.91	14.78	<0.001***
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	63.47	7.67		

***p-value<0.05

จากตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 63.07$, $SD = 8.94$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 64.60$, $SD = 6.78$) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.429$, $t = -0.797$)

คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 93.23$, $SD = 7.91$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 63.47$, $SD = 7.67$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <0.001$, $t = 14.78$)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนเข้าร่วมการทดลอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายด้าน)	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			t	p-value
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล		
1. การเข้าถึงข้อมูล	9.80	2.11	ไม่ดีพอ	10.00	2.24	ไม่ดีพอ	-0.36	0.723
2. ความรู้ความเข้าใจ	11.73	1.55	ไม่ดีพอ	12.27	1.23	พอใช้	-1.48	0.146
3. ทักษะการสื่อสาร	11.53	2.00	ไม่ดีพอ	11.50	1.66	ไม่ดีพอ	0.07	0.944
4. ทักษะการตัดสินใจ	11.13	2.18	ไม่ดีพอ	11.33	1.65	ไม่ดีพอ	-0.40	0.690
5. การจัดการตนเอง	10.17	2.73	ไม่ดีพอ	10.40	1.87	ไม่ดีพอ	-0.39	0.701
6. การรู้เท่าทันสื่อ	8.70	1.73	ไม่ดีพอ	9.10	1.75	ไม่ดีพอ	-0.90	0.376
โดยรวม	63.07	8.07	ไม่ดีพอ	64.60	6.78	ไม่ดีพอ	-0.80	0.429

***p-value<0.05

จากตารางที่ 6 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน การเข้าถึงข้อมูล กลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 9.80, SD = 2.11$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 11.73, SD = 1.55$) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงข้อมูล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.723, t = -0.36$)

ความรู้ความเข้าใจ กลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 11.73, SD = 1.55$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 12.27, SD = 1.23$) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.146, t = -1.48$)

ทักษะการสื่อสาร กลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 11.53, SD = 2.00$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 11.50, SD = 1.66$) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการสื่อสาร ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.944, t = 0.07$)

ทักษะการตัดสินใจ กลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 11.13, SD = 2.18$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 11.33, SD = 1.87$) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการตัดสินใจ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.690, t = -0.40$)

การจัดการตนเอง กลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 10.17, SD = 2.73$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 10.40, SD = 1.87$) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการตนเอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.701, t = -0.39$)

การรู้เท่าทันสื่อ กลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 8.70, SD = 1.73$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 9.10, SD = 1.75$) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านการรู้เท่าทันสื่อ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.376, t = -0.90$)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมการทดลอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายด้าน)	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			t	p-value
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล		
1. การเข้าถึงข้อมูล	14.13	2.13	พอใช้	10.10	2.45	ไม่ดีพอ	6.80	<0.001***
2. ความรู้ความเข้าใจ	16.43	1.77	ดีมาก	11.63	1.50	ไม่ดีพอ	11.32	<0.001***
3. ทักษะการสื่อสาร	15.80	2.04	พอใช้	11.90	1.92	ไม่ดีพอ	7.62	<0.001***
4. ทักษะการตัดสินใจ	16.97	1.87	ดีมาก	10.93	1.57	ไม่ดีพอ	13.54	<0.001***
5. การจัดการตนเอง	15.97	2.01	พอใช้	10.00	1.80	ไม่ดีพอ	12.12	<0.001***
6. การรู้เท่าทันสื่อ	13.93	1.84	พอใช้	8.90	1.71	ไม่ดีพอ	10.99	<0.001***
โดยรวม	93.23	7.91	พอใช้	63.47	7.67	ไม่ดีพอ	14.78	<0.001***

***p-value<0.05

จากตารางที่ 7 พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน การเข้าถึงข้อมูล กลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 14.13, SD = 2.13$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 10.10, SD = 2.45$) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงข้อมูล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <0.001, t = 6.80$)

ความรู้ความเข้าใจ กลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 16.43, SD = 1.77$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 11.63, SD = 1.50$) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <0.001, t = 11.32$)

ทักษะการสื่อสาร กลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 15.80, SD = 2.04$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 11.90, SD = 1.92$) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการสื่อสาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <0.001, t = 7.62$)

ทักษะการตัดสินใจ กลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 16.97, SD = 1.87$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 10.93, SD = 1.57$) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการตัดสินใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <0.001, t = 13.54$)

การจัดการตนเอง กลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 15.97, SD = 2.01$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 10.00, SD = 1.80$) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <0.001, t = -12.12$)

การรู้เท่าทันสื่อ กลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 13.93, SD = 1.84$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 8.90, SD = 1.71$) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านการรู้เท่าทันสื่อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <0.001, t = 10.99$)

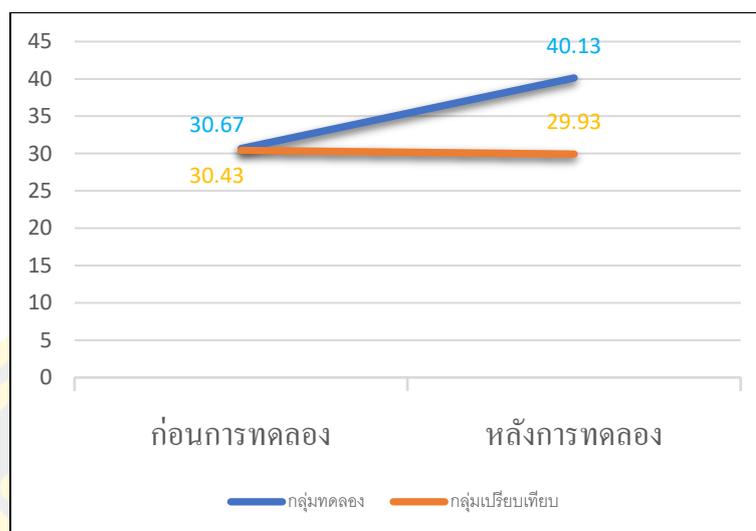
ส่วนที่ 3 การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart	n	\bar{X}	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	30.67	3.36	-10.81	<0.001***
หลังการทดลอง	30	40.13	3.97		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	30	30.43	2.25	1.70	0.100
หลังการทดลอง	30	29.93	2.45		

***p-value<0.05

จากตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ของผู้สูงอายุก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ($\bar{X} = 40.13, SD = 3.97$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 30.67, SD = 3.36$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <0.001, t = -10.81$) คะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart กลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง ($\bar{X} = 29.93, SD = 2.45$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 30.43, SD = 2.25$) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.100, t = 1.70$)



ภาพที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart	n	\bar{X}	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	30.67	3.36	0.32	0.753
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	30.43	2.25		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	40.13	3.97	11.97	<0.001***
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	29.93	2.45		

***p-value<0.05

จากตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ของผู้สูงอายุก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 30.67$, $SD = 3.36$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 30.43$, $SD = 2.25$) มีการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.753$, $t = 0.32$)

คะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ของผู้สูงอายุหลังการทดลอง
กลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 40.13, SD = 3.97$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 29.93, SD = 2.45$) ซึ่งแตกต่าง
กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <0.001, t = 11.97$)



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) เปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลอง เพื่อศึกษาโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านสวน อายุระหว่าง 65-75 ปี โดยอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567-ธันวาคม พ.ศ. 2567 ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย จาก 5 ชมรม จับสลากเลือกชมรมผู้สูงอายุชมรมที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และจับสลากเลือกชมรมผู้สูงอายุชมรมที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart โดยจัดกิจกรรม 6 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับอธิบายข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และสถิติเชิงอนุมาน (Independent t-test) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิจัยสรุปโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 73.3 และ 26.7 ตามลำดับ และกลุ่มเปรียบเทียบเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 93.3 และ 6.7 ตามลำดับ ด้านอายุ กลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 65 - 69 ปี มากกว่าช่วง 70 - 75 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.7 และ 43.3 ตามลำดับ และในกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในช่วง 65 - 69 ปี มากกว่าช่วง 70 - 75 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 46.7 ตามลำดับ

ด้านสถานภาพ กลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.7 และกลุ่มเปรียบเทียบมีสถานภาพคู่สมรสเสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 ด้าน โรคประจำตัว กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.3 และ 66.7 ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาทมากที่สุดและมีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 76.7 ด้านการอยู่อาศัย กลุ่มทดลองมีผู้ดูแลมากกว่าอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 80.0 และ 20.0 ตามลำดับ และกลุ่มเปรียบเทียบมีผู้ดูแลมากกว่าอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 46.7 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}<0.05$ เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}<0.05$ เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}<0.05$ เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}<0.05$ เป็นไปตามสมมติฐาน

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังนี้
สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองของ
กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด
 4 smart ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการ
 ทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยคะแนน
 เฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นในทุกด้าน อยู่ในระดับดีมาก
 2 ด้าน ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจ และอยู่ในระดับพอใช้ 4 ด้าน
 ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ โดยระดับความ
 รอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับไม่ดีพอทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับ สุรสิทธิ์ แจ็ง
 ภักดี (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19
 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้
 ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 6 ด้าน สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมมีทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ นิธิรัตน์ บุญตา
 นนท์ และคณะ (2562) ศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่
 เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา พบว่า
 หลังได้รับ โปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการภาพรวม และราย
 ประเด็นสูงขึ้น และธานีทร์ ไชยานุกุล (2561) ศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ
 ผู้สูงอายุ ตำบลคำครั่ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 เพิ่มขึ้นทุกด้าน จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart
 ถูกออกแบบมาเพื่อพัฒนา ความรู้ความเข้าใจ ผ่านการบรรยายและการฝึกปฏิบัติ ซึ่งเป็นการสร้าง
 ฐานความรู้ที่แข็งแกร่ง นอกจากนี้ กิจกรรมที่เน้นการประเมินตนเองและการวางแผนในกิจกรรมที่
 5 และ 6 ยังช่วยเสริมสร้าง ทักษะการตัดสินใจ โดยผู้สูงอายุได้เรียนรู้การนำความรู้มาปรับใช้กับ
 สถานการณ์จริง การที่บางด้านยังอยู่ในระดับพอใช้อาจบ่งชี้ว่าทักษะเหล่านี้ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล
 ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ อาจต้องใช้เวลาหรือการฝึกฝนที่เข้มข้นกว่า
 เพื่อให้เกิดการพัฒนาไปสู่ระดับที่ดีขึ้น การที่กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดี
 พอทุกด้าน ทำให้เห็นความจำเป็นของโปรแกรมนี้อย่างยิ่ง

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ผู้สูงอายุมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับอติญาณ์ ศรีเกษตริน และคณะ (2566) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ 30. 2ส. ของผู้สูงอายุ พบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้แบบปกติ และวัชรระ แสนโหน่ง (2566) ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้โรคข้อเข่าเสื่อม พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า หลัง โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้โรคข้อเข่าเสื่อม สูงกว่าควบคุม จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม สามารถอธิบายได้ด้วย ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura (1977) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการเรียนรู้ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงจากการรับข้อมูล แต่ยังรวมถึงการสังเกต การเลียนแบบ และการเสริมแรงจากสภาพแวดล้อมทางสังคม โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart มีการจัดกิจกรรมกลุ่มการฝึกปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) และการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Efficacy) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ไม่มีในกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ที่เน้นการเสริมสร้างศักยภาพให้บุคคลสามารถควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองได้ (WHO, 2021)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart สูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย

การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ สุวิมล แสงเรือง และคณะ (2566) ได้ศึกษาผลของการใช้หลักสูตรไม่ลืมน ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับ แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) แบบมีส่วนร่วม ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน พบว่า การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ก่อน-หลังการทดลอง พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเพิ่มขึ้นของคะแนนการดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิด 4 smart เป็นผลโดยตรงจากการที่โปรแกรมเน้นการพัฒนา ทักษะการจัดการตนเอง (Self-Management Skill) ผ่านกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุวางแผน กำหนดเป้าหมาย และปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การจัดการร่างกาย การวางแผนการรับประทานอาหาร การเรียนรู้แบบปฏิบัติจริงในแต่ละสัปดาห์ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับเครื่องมือและเทคนิคที่จำเป็นในการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวัน (Lorig & Holman, 2003)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart หลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ผู้สูงอายุมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ วัชรระ แสน โห่ง (2566) ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า หลังโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ประพัฒสร ไสวเวียง (2566) ศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอคอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพ ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสุวิดา ลิ่มเริ่มสกุล (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart มีบทบาทสำคัญ

ในการเปลี่ยนความรู้สู่การปฏิบัติ (Knowledge-to-Action) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ (Sorensen et al., 2012) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบรับการดูแลสุขภาพตามปกติ ซึ่งอาจเน้นที่การให้ข้อมูลเป็นหลัก แต่ไม่ได้มีการฝึกฝนทักษะการนำข้อมูลไปใช้และสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ (Elwyn et al., 2012) ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถและความมั่นใจในการควบคุมและรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและยั่งยืน (World Health Organization, 2021)

จากผลการวิจัยดังกล่าวเป็นผลมาจากโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา (2559) ส่งผลให้ความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยอธิบายตามกระบวนการของแต่ละกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 ผู้สูงวัยรอบรู้เข้าใจ ใส่ใจสุขภาพ เน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจ (Knowledge and Understanding) เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 Smart ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลโดยตรงและฝึกปฏิบัติทำออกกำลังกาย (Smart Walk) การบริหารสมอง (Smart Brain) วิธีการนอนหลับและการจัดการอารมณ์ (Smart Sleep & Emotional) และหลักโภชนาการ (Smart Eat) การให้ความรู้ผ่านการบรรยาย ผสมผสานกับการฝึกปฏิบัติจริง (Practice-based Learning) เช่น การออกกำลังกาย 12 ท่า หรือเกมบริหารสมอง ช่วยให้ผู้สูงอายุไม่เพียงแต่จำได้แต่ยังเข้าใจถึงเหตุผลและความสำคัญของการดูแลสุขภาพ (Nutbeam, 2000) การทำแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า ฝึกการนับคาร์บ ฝึกการวัดรอบเอว และประเมินภาวะอ้วนลงพุง ยังช่วยเสริมทักษะการตัดสินใจ (Decision-making skills) ในการเลือกปฏิบัติสิ่งที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าความรู้ความเข้าใจและทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดีมากหลังการทดลอง กิจกรรมที่ 2 สูงวัยยุคใหม่ ก้าวทันเทคโนโลยี เน้นการเข้าถึงข้อมูล แม้ว่าทักษะการเข้าถึงข้อมูลจะยังอยู่ในระดับพอใช้ แต่กิจกรรมนี้ได้พยายามส่งเสริมทักษะการเข้าถึงข้อมูล โดยการแนะนำหลักการค้นหาข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ เช่น เว็บไซต์กรมสุขภาพจิต เพจเฟซบุ๊กของมูลนิธิหมอชาวบ้าน ช่องยูทูปของสสส. และไลน์หมอพร้อม การฝึกค้นหาข้อมูลและรู้จักตรวจสอบแหล่งที่มา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Literacy) ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในยุคปัจจุบัน (Liu et al., 2023) การเรียนรู้ผ่านกลุ่มไลน์ยังสอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้สื่อของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ซึ่งเป็นช่องทางที่เข้าถึงได้ง่ายและมีการแบ่งปันข้อมูลกันในกลุ่ม (Su & Xie, 2018) กิจกรรมที่ 3 รู้จักพูด รู้จักเจรจา ตามประกาศนียบัตรผู้สูงวัย กิจกรรมนี้มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร (Communication skills) ของผู้สูงอายุผ่านการฝึกตั้งคำถาม การซักถามข้อสงสัยกับบุคลากรสาธารณสุข หรือการพูดคุยเล่าเรื่อง การฝึกบทบาทสมมุติในการพบแพทย์หรือการสื่อสารกับคนรอบข้าง ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความกล้าและความมั่นใจในการแสดงความคิดเห็น สอบถามข้อมูลให้เข้าใจ และการโน้มน้าวผู้อื่น ซึ่งเป็น

องค์ประกอบสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพเชิงโต้ตอบ (Interactive Health Literacy) (Nutbeam, 2000) กิจกรรมที่ 4 สูงวัยรู้ทันสื่อทันเหตุการณ์ กิจกรรมนี้เสริมการรู้เท่าทันสื่อ โดยเน้นการฝึกตรวจสอบความถูกต้อง เปรียบเทียบข้อมูล และประเมินความน่าเชื่อถือของข่าวสารสุขภาพ โดยเฉพาะโฆษณาเกินจริงหรือจดหมายลูกโซ่ การแนะนำเว็บไซต์ สาขุขั้วร์ เป็นการมอบเครื่องมือที่เป็นรูปธรรมให้ผู้สูงอายุใช้ในการตรวจสอบข้อมูล สิ่งนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถหลีกเลี่ยงข้อมูลที่ไม่ถูกต้องและลดความเสี่ยงจากการถูกหลอกลวง ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบันที่ข้อมูลข่าวสารมีการแพร่หลาย (Sørensen et al., 2012) กิจกรรมที่ 5 เสริมสร้างการตัดสินใจวัยสูงอายุ กิจกรรมนี้ต่อยอดจากความรู้ความเข้าใจในกิจกรรมแรก โดยเน้นการฝึกทักษะการตัดสินใจ (Decision-making Skills) ผู้สูงอายุได้ประเมินการดูแลสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน กำหนดทางเลือก และฝึกการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสม การที่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจด้วยตนเอง จะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการนำพฤติกรรมสุขภาพไปปฏิบัติ (Bandura, 1997) กิจกรรมที่ 6 ผู้สูงวัยจัดการสุขภาพ ชะลอชรา ชีววัยยืนยาว กิจกรรมสุดท้ายนี้เป็นการบูรณาการทักษะทั้งหมดเข้าด้วยกัน โดยมุ่งพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง (Self-Management Skills) ผู้สูงอายุได้ฝึกกำหนดเป้าหมาย วางแผนปฏิบัติ ทบทวน และประเมินผลการปฏิบัติตามแผน รวมถึงการปรับเปลี่ยนแนวทางเมื่อพบอุปสรรค กระบวนการนี้สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ในการดูแลสุขภาพเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งเน้นให้บุคคลมีความรับผิดชอบและสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว (Lorig & Holman, 2003) ในส่วนของการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ที่เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากการมีความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น ผลการวิจัยที่พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 Smart ของกลุ่มทดลองสูงกว่าทั้งก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มขึ้นของความรู้ด้านสุขภาพนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นจริง โดยสามารถอธิบายได้ว่า ความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพชี้ว่าการมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จะส่งผลให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Nutbeam, 2000) เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น จากกิจกรรมที่ 1 จึงสามารถเข้าถึงและประเมินข้อมูลในกิจกรรมที่ 2 และ 4 สามารถสื่อสารข้อสงสัยได้ในกิจกรรมที่ 3 และตัดสินใจวางแผนจัดการตนเองได้ในกิจกรรมที่ 5 และ 6 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) จากการให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองในโปรแกรม ช่วยให้เกิด

ความรู้ถึงความสามารถในการควบคุมและจัดการสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม-ปัญญา (Social Cognitive Theory) ของ Bandura (1997) ที่ระบุว่า การประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรม (Mastery Experiences) จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) เมื่อผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น ก็จะมีแนวโน้มที่จะดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง

ข้อสรุป

การสร้างสุขภาพที่ดีให้ผู้สูงอายุด้วยโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 Smart: บทเรียนจากตำบลบ้านสวน เนื่องจากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว การดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรนี้จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง งานวิจัยครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของ "โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 Smart" ซึ่งไม่เพียงช่วยเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ แต่ยังนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตัวเองของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง ผลการวิจัยชี้ชัดว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองได้ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามแนวคิด 4 Smart "ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย" ก็พัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ความสำเร็จนี้มาจากการออกแบบกิจกรรมที่เน้นให้ผู้สูงอายุได้ลงมือปฏิบัติจริง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่ม และสร้างความมั่นใจว่าพวกเขาสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ (Self-Efficacy) ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้วิจัยมองว่า โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 Smart มีศักยภาพสูงในการนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ โดยอาจปรับให้เข้ากับบริบทของแต่ละชุมชน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด สิ่งที่ควรพิจารณาคือแม้ความรู้ความเข้าใจจะเพิ่มขึ้นมาก แต่ทักษะบางด้าน เช่น การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร และการรู้เท่าทันสื่อ ยังคงต้องได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องและเข้มข้นขึ้นในระยะยาว และเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่เคยทำในพื้นที่ต่างกัน ความสำเร็จของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 Smart ในพื้นที่นี้ มาจากปัจจัยเสริมหลายอย่าง เช่น การที่กลุ่มผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมอยู่แล้ว ทำให้พวกเขามีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง และมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพเป็นทุนเดิม การออกแบบโปรแกรมที่อิงหลักทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพอย่างชัดเจน รวมถึงการนำกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมาประยุกต์ใช้ ทำให้โปรแกรมนี้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีเยี่ยม

เพื่อรักษาผลลัพธ์ที่ดีและขยายผลงานวิจัยนี้ การสนับสนุนจากทุกภาคส่วนจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ในส่วนของภาครัฐ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดชลบุรี ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลนคร, เทศบาลเมือง, เทศบาลตำบล, องค์การบริหารส่วนตำบล) ควรพิจารณานำ "รูปแบบ โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 Smart" ไปปรับใช้และขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ โดยจัดสรรงบประมาณและบุคลากร ได้แก่ งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ งบท้องถิ่น เพื่อขับเคลื่อน โครงการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม ถือเป็นหัวใจสำคัญ พร้อมกับการจัดอบรมเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร ให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การส่งเสริมให้เกิดแกนนำผู้สูงอายุ ในแต่ละชุมชน เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้และกระตุ้นการดูแลสุขภาพกันเอง ก็จะช่วยให้เกิดความยั่งยืนยิ่งขึ้น ในระดับชุมชน ด้านภาคเอกชน และองค์กรต่าง ๆ ในจังหวัดชลบุรีมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการร่วมสร้างสรรค์สังคมสูงวัยที่มีคุณภาพ ชลบุรีเป็นจังหวัดที่มีความโดดเด่นด้าน อุตสาหกรรม โดยเป็นที่ตั้งของนิคมอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ ซึ่งมีบริษัทชั้นนำจำนวนมากที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมสูงวัยได้ การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ อาทิ งบประมาณ สำหรับจัดกิจกรรมต่อเนื่อง การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่ทันสมัยและเข้าถึงง่าย การมอบพื้นที่หรืออุปกรณ์สำหรับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือแม้แต่การจัดโครงการความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) ที่มุ่งเน้นสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง จะเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าและสร้างผลกระทบเชิงบวกที่ยั่งยืนต่อชุมชนในจังหวัดชลบุรี ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลเอกชนสามารถร่วมจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพเชิงรุก บริษัทผลิตอาหารและเครื่องครัวสามารถสนับสนุนผลิตภัณฑ์ที่ส่งเสริมโภชนาการที่ดี หรือบริษัทเทคโนโลยีสามารถเข้ามาช่วยพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลที่ใช้งานง่ายสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ด้วยความหลากหลายทางวัฒนธรรมของจังหวัดชลบุรี ไม่ว่าจะเป็นประเพณีท้องถิ่นที่สืบทอดกันมา การเป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญที่มีชาวต่างชาติอาศัยอยู่มาก หรือการเป็นเมืองท่าที่ผสมผสานวัฒนธรรมจากหลายเชื้อชาติ ทำให้สามารถสร้างสรรค์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและภูมิปัญญาดั้งเดิม ควบคู่ไปกับการเปิดรับนวัตกรรมใหม่ ๆ ได้อย่างลงตัว การผสานพลังและความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในจังหวัดชลบุรี จะเป็นกลไกสำคัญในการผลักดันให้โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 Smart ก้าวไปไกลกว่าแค่โครงการนำร่อง และเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างรากฐานสุขภาพที่แข็งแรงให้กับผู้สูงอายุในอนาคต ทำให้พวกเขาสามารถใช้ชีวิตในวัยเกษียณได้อย่างมีคุณภาพ พึ่งพาตนเองได้ และยังคงเป็นกำลังที่มีคุณค่าของสังคมตลอดไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยในครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่ชัดเจนในการเพิ่มระดับความรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและขยายผลสำเร็จนี้ออกไปในวงกว้างสู่พื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทย โดยต้องคำนึงถึงบริบททาง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน จึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. สำหรับหน่วยบริการด้านสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.1 การบูรณาการในแผนงานท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลนคร, เทศบาลเมือง, เทศบาลตำบล, อบต.) รวมถึงโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรนำผลการวิจัยนี้ไปเป็นแนวทางหลักในการกำหนดแผนงานและโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี

1.2 เน้นแนวคิด 4 Smart ที่เข้ากับวิถีชีวิตท้องถิ่น โดยปรับกิจกรรมให้เข้ากับวิถีชีวิตภูมิปัญญา และความสนใจของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ เช่น

Smart Walk (ไม่ล้ม) ภาคกลาง: การเดินหรือวิ่งเหยาะๆ ในสวนสาธารณะ การเดินแอโรบิกในลานกิจกรรมหมู่บ้าน ภาคเหนือ: การเดินและกายบริหารในลานวัดหรือสถานที่ท่องเที่ยวตามเส้นทางศึกษาธรรมชาติที่ไม่ลาดชันมากนัก การฝึกโยคะผู้สูงอายุ ที่ได้รับความนิยมนในภาคนี้ ภาคอีสาน: การเดินบาสโลบ หรือการออกกำลังกายประกอบเพลงหมอลำ ภาคใต้: เน้นการเดินชายหาดที่ปลอดภัย การเดินแอโรบิกในชุมชนตามชายฝั่ง

Smart Brain (ไม่ลืม) จัดกิจกรรมบริหารสมองที่ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น ภาคกลาง: การละเล่นพื้นบ้าน การร้อยมาลัย การจัดดอกไม้แบบไทย ภาคเหนือ: การเรียนรู้ ภาษาล้าน (คำเมือง) การทำหัตถกรรมพื้นบ้าน การทอผ้า หรือเกมทายคำศัพท์ภาษาล้าน ภาคอีสาน: การเรียนรู้ประเพณีท้องถิ่น บุญบั้งไฟ ฝิดาโขน หรือการร้องเพลงพื้นบ้านอีสาน ภาคใต้: การเล่านิทานมโนราห์ การเล่นหมากรุก การฝึกเล่นเครื่องดนตรีพื้นบ้าน

Smart Sleep & Emotional (ไม่ซึมเศร้า) ส่งเสริมการรวมกลุ่มทำกิจกรรมทางศาสนา และประเพณี หรือกิจกรรมสันตนาการที่ช่วยผ่อนคลาย ภาคกลาง: การเข้าวัดทำบุญ ตักบาตร การร้องเพลงลูกทุ่ง การเล่นดนตรีไทย ภาคเหนือ: การเข้าวัดทำบุญ ฟังเทศน์ฟังธรรม การเล่นดนตรีพื้นบ้าน (เช่น ซอ, จ้อย) ภาคอีสาน: การทำบุญในฮีตสิบสอง คลองสิบสี่ การเล่นดนตรีพื้นบ้าน (เช่น แคน, โปงกลาง) ภาคใต้: การทำบุญที่วัดหรือการเข้ามัสยิดสำหรับชาวไทยมุสลิม ดนตรีพื้นบ้าน เช่น หนังตะลุง, โนรา

Smart Eat (กินข้าวอร่อย) เน้นการให้ความรู้เรื่องโภชนาการที่เหมาะสม ภาคกลาง: เน้นการลดปริมาณ หวาน มัน เค็ม ที่มักพบในอาหารประเภทแกงกะทิ หรือขนมไทย การส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ตามฤดูกาล ภาคเหนือ: เน้นอาหารที่มีไขมันต่ำและผักเยอะ เช่น น้ำพริกหนุ่ม น้ำพริกอ่อน การเลือกบริโภคผักพื้นบ้าน และการลดความเค็มในอาหาร ภาคอีสาน: การบริโภคผักพื้นบ้าน (ผักอีเลิศ, ผักติ้ว) การลดการบริโภคปลาไร่เค็มจัด ภาคใต้: อาหารพื้นถิ่นภาคใต้มักมีการรสจัด (เผ็ดจัด, เค็มจัด) จึงควรลดปริมาณรสจัดในอาหาร และการบริโภคผักพื้นบ้าน (เช่น สะตอ, ใบเหลียง) เพื่อสุขภาพที่ดี

1.3 พัฒนาช่องทางการสื่อสารดิจิทัลและเข้าถึงง่าย ควรส่งเสริมการใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลที่เข้าถึงง่าย เช่น กลุ่มไลน์ของชุมชน/ชมรม แอปพลิเคชันหมอพร้อม หรือ Facebook Live สำหรับการให้ความรู้และตอบข้อสงสัย รวมถึงการจัดตั้ง "คลินิกสุขภาพเคลื่อนที่" หรือ "อสม. ดิจิทัล" โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ห่างไกล เพื่อเข้าถึงผู้สูงอายุที่อาจไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีหรือมีข้อจำกัดในการเดินทาง

2. สำหรับแกนนำสุขภาพและเครือข่ายชุมชน

ยกระดับบทบาทแกนนำ และชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชมรมผู้สูงอายุที่มีอยู่แล้ว ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (CC) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) โดยมีบทบาทเป็นผู้นำในการทำกิจกรรม 4 Smart ไปปฏิบัติอย่างจริงจังในพื้นที่ของตน โดยมีการอบรมและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายขอบเขตการศึกษา เนื่องจากงานวิจัยนี้ดำเนินการศึกษาเฉพาะในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านสวน ซึ่งมีบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างใกล้เคียงกัน การวิจัยในครั้งต่อไปจึงควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบททางสังคม วัฒนธรรม หรือเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม 4 Smart ในวงกว้างและยืนยันความสามารถในการประยุกต์ใช้ในหลากหลายพื้นที่

2. เพิ่มระยะเวลาการศึกษาและติดตามผลระยะยาว งานวิจัยนี้ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเป็น 3-6 เดือน เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม 4 Smart ในระยะยาว และติดตามพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้การประเมินผลชัดเจนยิ่งขึ้น และสะท้อนถึงผลลัพธ์ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระยะยาวได้อย่างแท้จริง

3. พัฒนารูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการประเมินสมรรถภาพทางกายและชีวภาพ นอกจากการใช้แบบประเมิน ควรเพิ่มการเก็บข้อมูลเชิงกายภาพและชีวภาพ เช่น การ

ทดสอบสมรรถภาพทางกาย (การทรงตัว, ความแข็งแรงกล้ามเนื้อขา) การวัดองค์ประกอบร่างกาย การตรวจเลือดเพื่อดูค่าน้ำตาล/ไขมัน หรือการประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น สิ่งเหล่านี้จะช่วย ให้สามารถประเมินโอกาสเสี่ยงโรคและผลลัพธ์สุขภาพได้อย่างครอบคลุมและเป็นวิทยาศาสตร์ มากยิ่งขึ้น



บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ การีสรรพ, พรทิพย์ มาลาธรรม, และนุชนาฏ สุทธิ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุม โรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *Rama Nurs J.*, 25(3), 280-295.
- กัญญา สุวรรณแสง. (2536). *การปรับตัว (จิตวิทยา)*. รวมสาส์น.
- กานดาดี มาลีวงษ์ และคณะ. (2561). ความรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”: กรณีศึกษาเขตคอนเมือง. *วารสารเกี่ยวกับการแพทย์*, 25(2), 119-136.
- กองสุขศึกษา. (2555). *แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับจังหวัด*. โรงพิมพ์กองสุขศึกษา.
- กองสุขศึกษา. (2559). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน*. นิทรรศการกรมการพิมพ์ (ประเทศไทย).
- กองสุขศึกษา. (2564). *คู่มือการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ สำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแล*. นิทรรศการกรมการพิมพ์ (ประเทศไทย).
- กรมการศึกษานอกโรงเรียน. (2541). *หลักการพื้นฐานการศึกษานอกโรงเรียน พ.ศ. 2541*. มิตรภาพการพิมพ์.
- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2566). *สถิติประชากรประเทศไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566*. กรมการปกครอง.
- กรมอนามัย. (2564). *แนวคิดไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย*. https://web.facebook.com/anamaidoh/posts/1661380090649057/?_rdc=1&_rdr.
- กรมอนามัย. (2560). *คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับเจ้าหน้าที่ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”*. ตามเจริญพาณิชย์.
- เกษม ดันดิผลาชีวะ. (2550). *การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ*. อรุณการพิมพ์.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2564). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน*. ไอดี ออล ดิจิตอล พริน (ประเทศไทย).
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ศรีเพชรศรีอุไร. (2556). *ความฉลาดทางสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย (จำกัด).
- จุฑารัตน์ แสงทอง. (2560). *สังคมผู้สูงอายุ (อย่างสมบูรณ์): ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ*. *วารสาร รุสมิแล*, 38(1), 6-28.

- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2541). *พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สหประชาพานิชย์.
 ชาญลักษณ์ เข็มมิตร. (2556). *การศึกษาการออกกำลังกายของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพ
 พระณี ปีการศึกษา 2554* [ปริญญาานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ].
 2DSpace at Srinakharinwirot University.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย. (2531). *การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้อายุยืน*. สุภวนิชการพิมพ์.
 เทศบาลเมืองบ้านสวน. (2563). *สถิติประชากรผู้สูงอายุตำบลบ้านสวน พ.ศ. 2561-2563*.
 เทศบาลเมืองบ้านสวน.
- ชานินทร์ ไชยานุกุล. (2561). การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำครั่ง อำเภอ
 เดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 2(3),
 73-79.
- นิธิรัตน์ บุญตานนท์, ศินาท แชนอก, และนารีรัตน์ สุรพัฒนาชาติ. (2562). ประสิทธิผลของการ
 ส่งเสริม ความรอบรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสาร
 ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 13(30), 1-14.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2548). *คู่มือผู้สูงอายุ*. หมอชาวบ้าน.
- ประพัทธ์ ไสวเวียง. (2566). ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการ
 ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอคอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารศูนย์อนามัยที่
 10 อุบลราชธานี*, 11(2), 41-55
- ประไพพิศ ลิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา, วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, และวรัตน์ สุขคุ้ม. (2563). การวิจัยเชิง
 ปฏิบัติการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด อำเภอเมืองตรัง
 จังหวัดตรัง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(5), 790-802.
- ประทีป จินฉิ่ง. (2540). *เอกสารประกอบการสอนวิชา: การวิเคราะห์พฤติกรรมและการปรับ
 พฤติกรรม (Behavior analysis and behavior modification)*. สถาบันวิจัย
 พฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ.
- มณีรัตน์ ชีระวัฒน์. (2556). *การวางแผนงานโครงการสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ*.
 เพชรเกษมพรินตึง กรุ๊ป.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*.
 พรินเทอร์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560*.
 มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

- ราชบัณฑิตยสถาน. (2539). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2539*. อักษรเจริญทัศน์. ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- วันเพ็ญ วงศ์จันทร์. (2539). *แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปภรณ์ จังหวัดเชียงใหม่* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. CMU e-Theses.
- วัชรระ แสนโหน่ง. (2566). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 10(2), 38-54
- วีรพล กิตติพิบูลย์ และนิริรัตน์ บุญदानนท์. (2563). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(3), 158-171.
- วุฒิพงษ์ ธนะขำว้าง. (2564). ประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปากในสามแฉก โรงเรียนพระปริยัติธรรม อำเภอท่าม่วง จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(1), 87-97.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). *การเกี่ยวพันทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ: พื้นที่ศึกษาในเขตภาคใต้ กรุงเทพมหานคร*. มหาวิทยาลัยมหิดลและคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรี. (2567). *รายงานสถานการณ์ทางสังคมจังหวัดชลบุรี ปี 2567*. <https://drive.google.com/file/d/1FcSK0CxjoBaKxf0K0fDCOMxbeDKxVipx/view>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2566). *สถิติประชากรผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2566*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุรกุล เจนอบรม. (2541). *วิสัยทัศน์ ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย*. นิชินแอคเอดเวอรี่ไทซ์กรุ๊ป.
- สุพิตร สมานิติ และคณะ. (2556). *แบบทดสอบและเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้สูงอายุ อายุ 60-89 ปี*. สำนักวิทยาศาสตร์การกีฬา กรมพลศึกษา กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา.

- สุวิดา ลิ้มเริ่มสกุล. (2565). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เบาหวานชนิดที่ 2. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(1), 84-98
- สุวิมล แสงเรือง และคณะ. (2566). ผลของการใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับ แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) แบบมีส่วนร่วม ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(4), 233-243.
- สุรสิทธิ์ แจ่มศักดิ์. (2565). ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ]. lib.hcu.ac.th
- อังศินันท์ อินทรกาแหง. (2560). *ความรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา (Health Literacy: Measurement and Development)*. สุขุมวิทการพิมพ์.
- อดิญาณ์ ศรีเกษตริน และคณะ. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการสุขภาพ 30. 2ส. ของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี*, 17(3), 40-53
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.
- Center for Health Care Strategies. (2013). *What is Health Literacy?*
https://www.chcs.org/media/CHCS_Health_Literacy_Fact_Sheets_2013.pdf
- Diviani, N., van den Putte, B., Giani, S., & van Weert, J. C. M. (2016). Low health literacy and the challenge of distinguishing trustworthy from untrustworthy health information: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 99(6), 915-924.
- Elwyn, G., et al. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367.
- Hosseini, A. (2016). Health literacy in older adults and its related factors: A cross-sectional study in Southeast Iran. *Health Scope*, 5(4), e37453. doi: 10.17795/jhealthscope-37453
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Developing a measure of communicative and critical health literacy: A pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International*, 23(3), 269-274.
- Liu, K., Ma, R., Fan, X., Cui, Q., Zhang, L., & Liu, P. (2023). Effectiveness of Digital Health Literacy Interventions in Older Adults: Single-Arm Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e48166.

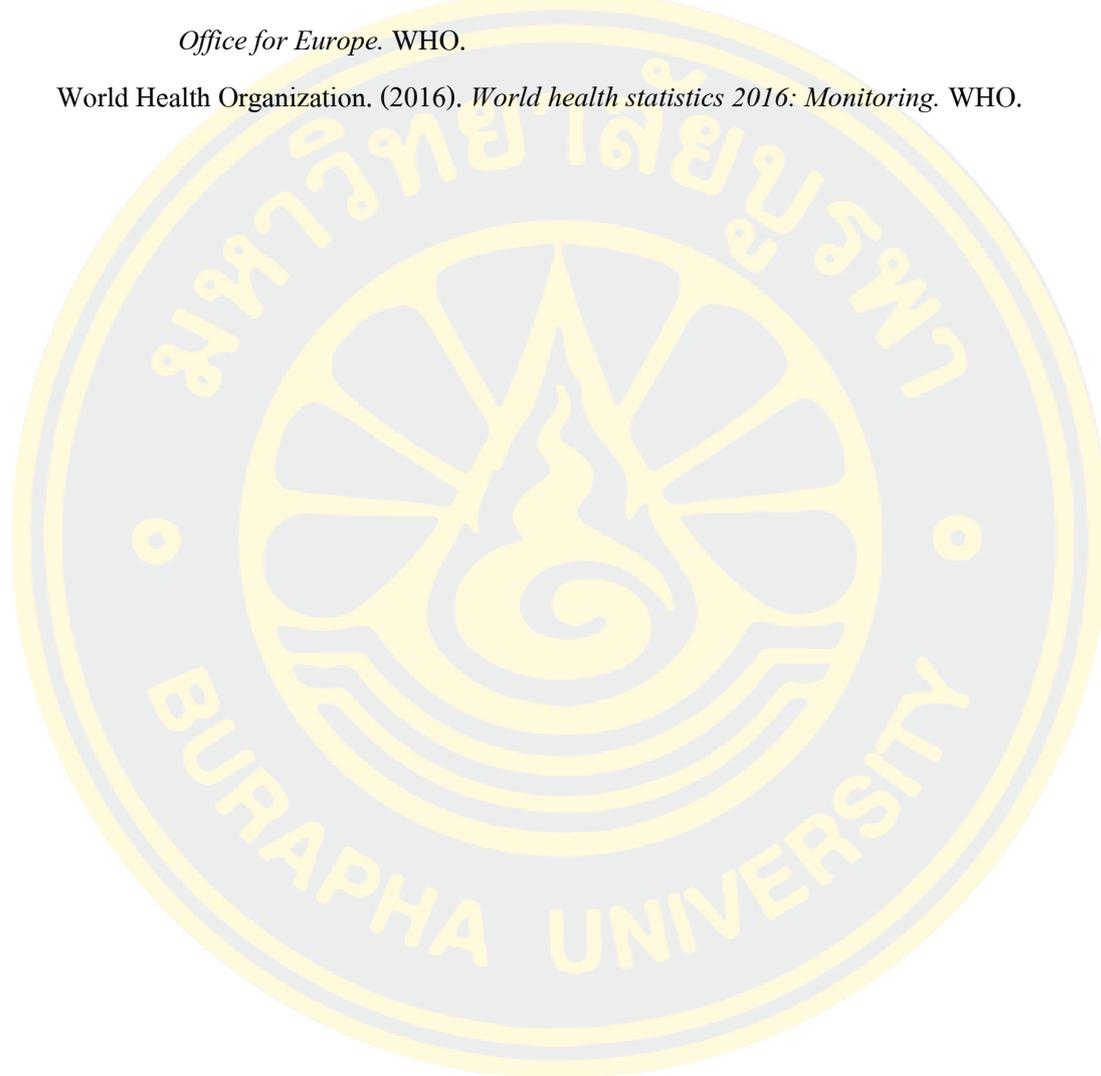
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and challenges. *Arthritis & Rheumatism*, 48(9), 2351–2357.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). The Health Literacy Skills Framework: A guide for health education and health promotion. *Health Promotion International*, 21(4), 265-272.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and community strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- O'Hara, A., Fahy, P., Farrell, C., Cronin, M., & Kelly, M. (2025). Health literacy interventions and health literacy-related outcomes for older adults: A systematic review. *BMJ Open*, 15(2), e079975.
- Paakkari, L., & Paakkari, O. (2015). Health literacy as a multidimensional concept in public health. *Health Promotion International*, 30(2), 296-302.
- Pleasant, A., & Kuruvilla, S. (2008). A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International*, 23(2), 152-159.
- Rootman, I., & Ronson, B. (2005). *Literacy and health in Canada: A background paper for the Canadian Public Health Association*. Canadian Public Health Association.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, E., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- Su, Z., & Xie, B. (2018). Effective components of health literacy interventions for older adults: A systematic review. *Innovation in Aging*, 2(Suppl_1), 457-458.
- Van der Vaart, R., & Drossaert, S. (2017). Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a broad spectrum of health 1.0 and health 2.0 skills. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1), e27.
- von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M. S., & Wardle, J. (2009). Health literacy and health actions: A review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior*, 36(5), 860-877. doi:10.1177/1090198108322819

Wolf, M. S., Davis, T. C., Shrank, W. H., Rapp, D. N., Bass, S. B., & Parker, R. M. (2020).

Health literacy and health outcomes: A critical appraisal of the evidence. *Health Education Research*, 35(2), 241-255.

World Health Organization. (2009). *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. WHO.

World Health Organization. (2016). *World health statistics 2016: Monitoring*. WHO.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

- | | |
|--|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภา มหารัชพงศ์ | <p>อาจารย์ประจำ ภาควิชาสุขศึกษา
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 เชี่ยวชาญการวิจัยทางการส่งเสริมสุขภาพ
 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้าน
 สิ่งแวดล้อม ระบาดวิทยา และระบาดวิทยา
 สิ่งแวดล้อม</p> |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม | <p>อาจารย์ประจำ ภาควิชาสุขศึกษา
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 เชี่ยวชาญการส่งเสริมสุขภาพและการเตรียม
 ความพร้อมในการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุและการ
 จัดการกับปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด
 และโรคเรื้อรังอื่น ๆ</p> |
| 3. คุณพัชรีย์ พรหมสิงห์ | <p>หัวหน้างานการพยาบาลชุมชน
 กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
 โรงพยาบาลแหลมฉบัง</p> |



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. ๒๗๐๐ ต่อ ๗๐๕, ๗๐๗
 ที่ อว ๘๑๓๗/๑๕๘๕ วันที่ ๑๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
 เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภา มหารัชพงษ์ (คณะสาธารณสุขศาสตร์)

ด้วยนางสาวพริมรดา ทัศนมณเฑียร รหัสประจำตัวนิสิต ๖๓๙๒๐๑๔๖ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “การประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด ๔ Smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.คณัย บวรเกียรติกุล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญท่านซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย โดยนิสิตได้ส่งเค้าโครงเล่มวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ) และเครื่องมือวิจัยไปให้ท่านเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๒-๐๐๗-๓๑๗๖ หรือที่ E-mail: 63920146@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ผ่นทาท รังสิโยภาส
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มันทนา รังสิโยภาส)
 รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. ๒๗๐๐ ต่อ ๗๐๕, ๗๐๗
 ที่ อว ๘๑๓๗/๑๕๘๖ วันที่ ๑๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
 เรื่อง ขอร้องเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปจรรย์ อับดุลลากาซิม (คณะสาธารณสุขศาสตร์)

ด้วยนางสาวพรพิมรา ทักษมณเชียร รหัสประจำตัวนิสิต ๖๓๙๒๐๑๑๕๖ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “การประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด ๔ Smart เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.दनัย บวรเกียรติกุล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญท่านซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย โดยนิตินัดได้ส่งเค้าโครงเล่มวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ) และเครื่องมือวิจัยไปให้ท่านเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิตินัดตั้งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๒-๐๐๗-๓๑๗๖ หรือที่ E-mail: 63920146@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

มัทนา รังสิโยภาส
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มัทนา รังสิโยภาส)
 รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ อว ๘๓๓๓๓/๖๕๕๖

มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถนนหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๓

๖๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย**เรียน** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง**สิ่งที่ส่งมาด้วย** ๑. คำโคร่งวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ)
๒. เครื่องมือวิจัย

ด้วยนางสาวพรพิมรา ทัดมนเณชัย รหัสประจำตัวนิสิต ๖๓๓๒๐๑๔๖ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติคำโคร่งวิทยานิพนธ์เรื่อง “การประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด ๔ Smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฏฐ บวรเกียรติกุล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอบุคลากรในสังกัดของท่าน คือ นางพัชรีพร พรหมสิงห์ ตำแหน่งหัวหน้างานการพยาบาลชุมชน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญนางพัชรีพร พรหมสิงห์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย โดยนิสิตได้ส่งคำโคร่งวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ) และเครื่องมือวิจัยไปให้ท่านเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๒-๐๐๗-๓๓๗๖ หรือที่ E-mail: 63920146@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ภัทธานะ รั้งสิโยภาส(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทธานะ รั้งสิโยภาส)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๓๐๒ ๓๐๐ ต่อ ๓๐๕, ๓๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

สำเนาเรียน นางพัชรีพร พรหมสิงห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ค่าดัชนีความสอดคล้องของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อ	รายการพิจารณา	คะแนนความ คิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC	การ นำไปใช้ /ตัดออก
		ท่าน ที่ 1	ท่าน ที่ 2	ท่าน ที่ 3			
1	ความสอดคล้องเหมาะสมกับ วัตถุประสงค์การวิจัย	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
2	เนื้อหาของกิจกรรมโปรแกรมฯ สามารถ ช่วยบรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
3	การจัดกิจกรรมของโปรแกรมฯ มีความ เหมาะสมและสอดคล้องกับแนวคิด	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
4	ระยะเวลาของกิจกรรมโปรแกรมฯ มี ความเหมาะสม	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้

2. ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับประเด็นการประเมินของแบบประเมินความ
รอบรู้ด้านสุขภาพ

ข้อ	รายการพิจารณา	คะแนนความ คิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC	การ นำไปใช้ /ตัดออก
		ท่าน ที่ 1	ท่าน ที่ 2	ท่าน ที่ 3			
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ							
1	เพศ	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
2	อายุ	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
3	สถานภาพ	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
4	โรคประจำตัว	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
5	สิทธิการรักษาพยาบาล	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
6	การอยู่อาศัย	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูล (Access)							
1	ท่านค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรือ ความผิดปกติของร่างกาย เพื่อให้ทราบ สาเหตุและวิธีป้องกันเบื้องต้น เช่น อาการปวดท้อง ท้องอืด ท้องผูก จากการ รับประทานอาหารที่ย่อยยากหรืออาหาร สุกๆ ดิบๆ เป็นต้น	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
2	ท่านค้นหากิจกรรมที่ช่วยในการดูแล สุขภาพได้ เช่น การออกกำลังกายที่ เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โยคะ การเดิน รำไม้ พอง รำมวยไทเก๊ก เป็นต้น	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้

ข้อ	รายการพิจารณา	คะแนนความ คิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC	การ นำไปใช้ /ตัดออก
		ท่าน ที่ 1	ท่าน ที่ 2	ท่าน ที่ 3			
3	ท่านค้นหาข้อมูลวิธีการจัดการกับปัญหา ด้านสุขภาพจิตได้ เช่น ความเครียด ภาวะ ซึมเศร้า เป็นต้น	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
4	ท่านค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแล สุขภาพหรือจัดการภาวะสุขภาพ ได้ ตามที่ท่านต้องการ เช่น การป้องกันการ หกล้ม การป้องกันสมองเสื่อม เป็นต้น	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
5	ท่านตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจน ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ เช่น การ ตรวจสอบข้อมูลการป้องกันโรคความดัน โลหิตสูงจากเว็บกรมควบคุมโรค /เว็บ โรงพยาบาลต่าง ๆ เป็นต้น	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
ตอนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive)							
1	ท่านรู้และเข้าใจพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผล ต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานขนม หวานที่มีส่วนผสมของกะทิทุกวัน ส่งผล ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้ เป็นต้น	1	0	1	2	0.67	ปรับปรุง แล้ว นำไปใช้
2	ท่านรู้และเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการที่ทำให้ สุขภาพดีขึ้น เช่น วิธีการออกกำลังกายที่ เหมาะสมกับผู้สูงอายุ วิธีการบริหาร สมองป้องกันสมองเสื่อม เป็นต้น	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
3	ท่านรู้และเข้าใจเกี่ยวกับวิธีที่ทำให้ท่านมี สุขภาพจิตดี	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้

ข้อ	รายการพิจารณา	คะแนนความ คิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC	การ นำไปใช้ /ตัดออก
		ท่าน ที่ 1	ท่าน ที่ 2	ท่าน ที่ 3			
4	ท่านรู้และเข้าใจว่าทำไมต้องตรวจสอบ ความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของ ข้อมูลก่อนนำไปปฏิบัติตาม	1	0	1	2	0.67	ปรับปรุง แล้ว นำไปใช้
5	ท่านรู้และเข้าใจวิธีการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ เช่น วิธีการตั้งคำถามให้ เหมาะสมกับบุคคล รู้เป้าหมายหรือ จุดประสงค์ในการตั้งคำถาม เพื่อการตั้ง คำถามให้ตรงประเด็น เป็นต้น	1	0	1	2	0.67	ปรับปรุง แล้ว นำไปใช้
ตอนที่ 4 ทักษะการสื่อสาร (Communication skill)							
1	ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพกับแพทย์/บุคลากร สาธารณสุข หรือผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ ต้องการ จนคลายข้อสงสัย	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
2	ท่านสามารถเลือกใช้คำถามที่เหมาะสม เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพกับ ผู้อื่นได้	1	0	1	2	0.67	ปรับปรุง แล้ว นำไปใช้
3	ท่านสามารถแก้ไขคำถามและ ปรับเปลี่ยนวิธีการถามให้เหมาะสมก่อน นำไปใช้ได้	1	0	1	2	0.67	ปรับปรุง แล้ว นำไปใช้
4	ท่านสามารถเล่าเรื่อง/พูดคุยข้อมูล เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ ให้ครอบครัว เพื่อน หรือผู้อื่น เข้าใจได้	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้

ข้อ	รายการพิจารณา	คะแนนความ คิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC	การ นำไปใช้ /ตัดออก
		ท่าน ที่ 1	ท่าน ที่ 2	ท่าน ที่ 3			
5	ท่านโน้มน้าวหรือแนะนำให้ผู้อื่น ยอมรับ ข้อมูลที่ต้องการ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
ตอนที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)							
1	ท่านสามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลการ ดูแลสุขภาพที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ถูกต้อง	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
2	ท่านสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการตรวจ คัดกรองสุขภาพให้เหมาะสมกับโอกาส เสี่ยงที่จะเกิดโรคได้ เช่น ผู้สูงอายุควร ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ต่าง จากเด็กที่จะได้รับการตรวจ IQ EQ เป็น ต้น	0	1	1	2	0.67	ปรับปรุง แล้ว นำไปใช้
3	ท่านสามารถวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียของ พฤติกรรมปฏิบัติเป็นประจำ และสามารถ หลีกเลี่ยงสิ่งที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพได้	1	0	1	2	0.67	ปรับปรุง แล้ว นำไปใช้
4	ท่านสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับ ตนเองได้	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
5	ท่านตัดสินใจได้ว่า จะปรับปรุงการดูแล สุขภาพของท่านอย่างไรหลังจากเลือก วิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมแล้ว	1	0	1	2	0.67	ปรับปรุง แล้ว นำไปใช้

ข้อ	รายการพิจารณา	คะแนนความ คิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC	การ นำไปใช้ /ตัดออก
		ท่าน ที่ 1	ท่าน ที่ 2	ท่าน ที่ 3			
ตอนที่ 6 การจัดการตนเอง (Self-management)							
1	ท่านสามารถกำหนด/ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติให้มีสุขภาพดีตามแนวคิด 4 smart เช่น ตั้งเป้าหมายการออกกำลังกาย เพื่อสร้างกล้ามเนื้อขาป้องกันการหกล้ม เป็นต้น	1	1	0	2	0.67	ปรับปรุงแล้วนำไปใช้
2	ท่านสามารถวางแผนการปฏิบัติที่ช่วยให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีตามแนวคิด 4 smart เช่น วางแผนออกกำลังกายโดยการเดิน วันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน ในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ เป็นต้น	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
3	ท่านสามารถหาวิธีในการเตือนตนเองให้ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ โดยการเขียนโน้ต จดบันทึกในปฏิทิน ตั้งนาฬิกา เป็นต้น	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
4	ท่านสามารถหาวิธีในการเตือนตนเองโดยอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น บอกญาติหรือคนใกล้ชิดให้ช่วยเตือน	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
5	ท่านสามารถทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพให้ถูกต้อง เช่น การเติมเครื่องปรุงเพิ่มในอาหารให้มีรสเค็มจัดและหวานจัด ส่งผลให้เกิดโรคเบาหวานและโรคความดัน	1	1	0	2	0.67	ปรับปรุงแล้วนำไปใช้

ข้อ	รายการพิจารณา	คะแนนความ คิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC	การ นำไปใช้ /ตัดออก
		ท่าน ที่ 1	ท่าน ที่ 2	ท่าน ที่ 3			
	โลหิตสูง จึงปรับวิธีการรับประทาน อาหาร โดยไม่เติมเครื่องปรุงเพิ่มลดความ เค็มและความหวานลง						
ตอนที่ 7 การรู้เท่าทันสื่อ (Media-literacy)							
1	ท่านสามารถตรวจสอบถูกต้องของข้อมูล สุขภาพที่ได้รับ ก่อนเชื่อและนำไปปฏิบัติ	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
2	ท่านสามารถแยกแยะได้ว่า ข้อมูลที่ได้รับ ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก เป็น ความจริงหรือชวนเชื่อ	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
3	ท่านสามารถตรวจสอบข้อมูลสินค้าหรือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่โฆษณาสื่อต่าง ๆ ว่า เป็นข้อมูลเกินจริงหรือไม่ ก่อนเชื่อหรือ ซื้อสินค้านั้น	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
4	ท่านสามารถประเมินข้อมูลที่ได้รับโดย ตรวจสอบที่มาและความถูกต้องของ ข้อมูล ก่อนส่งต่อข้อมูลให้กับบุคคลอื่น	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
5	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงช่องทางการรับ ข้อมูลที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการ ถูกหลอกลวง เช่น ข้อมูลที่แชร์ต่อกัน ผ่านไลน์โดยไม่ทราบที่มา หรือเฟซบุ๊กที่ เป็นบัญชีปลอม การส่ง SMS เพื่อหลอก ให้คุณคลิกลิงก์รับสิทธิ์ต่าง ๆ เป็นต้น	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้

3. ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับประเด็นการประเมินของแบบประเมินการ

ดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart

ข้อ	รายการพิจารณา	คะแนนความ คิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC	การ นำไปใช้ /ตัดออก
		ท่าน ที่ 1	ท่าน ที่ 2	ท่าน ที่ 3			
1	ท่านออกกำลังกายฝึกกล้ามเนื้อขาให้ แข็งแรง โดยการปั่นจักรยาน เดิน วิ่ง เหยาะๆ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หรืออื่น ๆ	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
2	ท่านออกกำลังกาย อย่างน้อยวันละ 30 นาที	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
3	ท่านกินผักได้วันละ 400 กรัมหรือ 5 กำมือ	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
4	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง (แกงกะทิ, ข้าวขาหมู, ก๋วยทอด, ปาต่องไก่ เป็นต้น)	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
5	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัด (น้ำพริกกะปิ, น้ำพริกปลาร้า, ปลาเค็ม, ไข่เค็ม หรือการเติมน้ำปลาเพิ่มในอาหาร เป็นต้น)	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
6	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัด (ฟักทองเชื่อม, ก๋วยบวชชี่, ลอดช่อง หรือ การเติมน้ำตาลเพิ่มในอาหาร เป็นต้น)	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
7	ท่านดื่มน้ำเปล่าได้อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว บ่อยแค่ไหน (น้ำ 1 แก้ว เท่ากับ ปริมาณ 200 มิลลิลิตร)	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
8	ท่านมีวิธีดูแลจิตใจให้เป็นสุข เช่น ปฏิบัติ กิจกรรมทางศาสนา อาทิ สวดมนต์ ฟัง สมาธิ ตักบาตรทำบุญ	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้

ข้อ	รายการพิจารณา	คะแนนความ คิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC	การ นำไปใช้ /ตัดออก
		ท่าน ที่ 1	ท่าน ที่ 2	ท่าน ที่ 3			
9	ท่านผ่อนคลายความเครียด โดยการ พบปะพูดคุยกับผู้อื่นหรือทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ร้องรำทำเพลง ฟังเพลง ท่องเที่ยว	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
10	ท่านพยายามฝึกสมองให้คิดบ่อย ๆ เช่น ฝึกนับเลขถอยหลัง เล่นเกมส์จับผิดภาพ เกมส์ต่อจิ๊กซอว์ ฝึกจิบแอล เป็นต้น	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
11	ท่านแปรงฟัน/ดูแลช่องปาก ทุกเช้าและ ก่อนนอน	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้
12	ท่านนอนหลับ วันละ 7-8 ชั่วโมง/คืน	1	1	1	3	1.0	นำไปใช้

ค่า IOC ต้องอยู่ระหว่าง 0.5 – 1

ใช้เกณฑ์พิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ถือว่าเป็นข้อสัมภาษณ์ที่มีความสอดคล้อง
ดังนี้

1. โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1 จำนวน 4 ข้อ โดยมีความ
สอดคล้องเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย เนื้อหาของกิจกรรมโปรแกรมฯ สามารถช่วยบรรล
วัตถุประสงค์การวิจัย การจัดกิจกรรมของโปรแกรมฯ มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับแนวคิด
ระยะเวลาของกิจกรรมโปรแกรมฯ มีความเหมาะสม

2. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 36 ข้อ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ
1 จำนวน 26 ข้อ และเท่ากับ 0.67 จำนวน 10 ข้อ

3. แบบประเมินการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart จำนวน 12 ข้อ ได้ค่าดัชนี
ความสอดคล้องเท่ากับ 1 จำนวน 12 ข้อ



ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำเนา

ที่ IRB3-152/2567



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS106/2567

โครงการวิจัยเรื่อง : การประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวพริมรดา ทศนเมณเฑียร

หน่วยงานที่สังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ วิทยานิพนธ์/ ดุษฎีนิพนธ์) : รองศาสตราจารย์ ดร.คณีย์ บวรเกียรติกุล

หน่วยงานที่สังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีพิจารณา : Exemption Determination Expedited Reviews Full Board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 2 วันที่ 14 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 12 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 12 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form)
- แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 1 วันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)
- 6.1 โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ฉบับที่ 1 วันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567
- 6.2 ประกาศประชาสัมพันธ์เชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567

วันที่รับรอง : วันที่ 25 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567

วันที่หมดอายุ : วันที่ 25 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568



ภาคผนวก ค

เอกสารขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

ที่ อว ๘๑๓๗/ ๒๖๐๓



มหาวิทยาลัยบูรพา
๓๖๙ ถ.สิงหนครบางแสน ต.แสนสุข
ย.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน นายกเทศมนตรีนครแหลมฉบัง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (หาคุณภาพ)

ด้วยนางสาวพริมรดา หัตถมนนเจียร รหัสประจำตัวนิสิต ๖๓๙๒๐๑๔๖ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “การประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด ๔ Smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐ บวรเกียรติกุล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานในสังกัดของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเทศบาลนครแหลมฉบัง จำนวน ๓๐ คน ในระหว่างวันที่ ๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗ ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๒-๐๐๗-๓๙๙๖ หรือที่ E-mail: 63920146@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

มณฑนา รั้งสีโยภัส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑนา รั้งสีโยภัส)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๘๒ ๙๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

ที่ อว ๘๑๓๗/ ๒๖๐๘



มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๗ ถ.สงทาศบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๓

๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน นายเทศมนตรีเมืองบ้านสวน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางสาวพรพิมรดา ทิศนภมณเฑียร รหัสประจำตัวนิสิต ๖๓๙๒๐๑๓๖ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “การประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด ๔ Smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศนีย์ บวรเกียรติกุล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังกล่าวข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านสวน จำนวน ๖๐ คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (ชมรมที่ ๑) จำนวน ๓๐ คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (ชมรมที่ ๒) จำนวน ๓๐ ในระหว่างวันที่ ๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตดังกล่าวข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๒๐-๐๐๗-๓๓๖๖ หรือที่ E-mail: 63920146@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ภัททาน รั้งสิโยภัส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัททาน รั้งสิโยภัส)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ภาคผนวก ง

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS106/2567

โครงการวิจัยเรื่อง : การประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวพริมาดา ทัดนมณเฑียร นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยการประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ ข้าพเจ้าขอความร่วมมือให้ท่านร่วม โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังทดลอง

ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยนัดหมายชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และเชิญชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมงานวิจัย กำหนดช่วงระยะเวลาในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยใช้สถานที่ทำกิจกรรม คือ อาคารของชมรมผู้สูงอายุ ระยะเวลาทำกิจกรรม 2 ชั่วโมง เวลา 09.00 -11.00 น.

ระยะทดลอง

จัดกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที กำหนดช่วงระยะเวลาในการทำกิจกรรม เดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้สถานที่ทำกิจกรรม คือ อาคารของชมรมผู้สูงอายุ ระยะเวลาการทำกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ ในช่วงเช้า เวลา 09.00 น.ก่อนเริ่มกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิด 4 smart ทั้งนี้ การเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์เป็นการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ



BUU-IRB Approved
25 Oct 2024

- 1 -

AF 06-02/v2.1

ระยะหลังทดลอง

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิด 4 smart

โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุชมรมที่ 1 จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุชมรมที่ 2 จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ กำหนดคุณสมบัติ คือ

1. ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 65-75 ปี
2. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยประเมินจากแบบประเมินดัชนีบาร์เทิลแอตแอส (Barthel Activity Daily Living index) โดยได้ค่าคะแนน > 12 คะแนนขึ้นไป
3. มีความสามารถในการรับรู้ ทดคุยสื่อสาร และอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน
4. มีความสามารถใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่และเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้
5. เป็นผู้ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอน

ทั้งนี้ การจัดกิจกรรมทั้งหมดคาดว่าจะแล้วเสร็จภายในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยจะรับผิดชอบจ่ายค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จ่ายตามจริงและตามหลักเกณฑ์ของทางราชการ

การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นไปโดยความสมัครใจ และถ้ากิจกรรมนี้ไม่ตรงกับความสนใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านทั้งสิ้น

ผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมได้เรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart (ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย) ซึ่งเป็นหลักการดูแลสุขภาพจากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ได้เรียนรู้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถนำไปไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพได้ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ได้มีกิจกรรมร่วมกัน ส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างเครือข่ายในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนในพื้นที่การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีความเสี่ยงแต่อย่างใด ข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะเก็บในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว เอกสารจะถูกนำไปทำลายโดยเครื่องทำลายเอกสาร

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาวพรพิมรา หัตถมนนเที่ยร นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์มือถือ หมายเลข 0820073176 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการวิจัยที่แนบมา และขอขอบพระคุณในความร่วมมือนะขอโทษที่



BUU-IRB Approved

25 Oct 2024

- 2 -

ฉบับที่ 2.0 วันที่ 12 ตุลาคม 2567

เอกสารขออนุมัติการวิจัยจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา

AF 06-03.1/v2.1



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS106/2567

โครงการวิจัยเรื่อง : การประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด
4 smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และถ้ากิจกรรมนี้ไม่ตรงกับความสนใจของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่อข้าพเจ้าทั้งจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม พยาน

(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้มิพยานลงลายมือชื่อรับรองด้วย



BUU-IRB Approved
25 Oct 2024

- 1 -

ฉบับที่ 2-0 วันที่ วันที่ 12 ตุลาคม 2567

เอกสารจากกระบวนการขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา



ภาคผนวก จ

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วม โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 7 ตอน จำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูล (Access)

ตอนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive)

ตอนที่ 4 ทักษะการสื่อสาร (Communication skill)

ตอนที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)

ตอนที่ 6 การจัดการตนเอง (Self-management)

ตอนที่ 7 การรู้เท่าทันสื่อ (Media-literacy)

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ผู้ตอบแบบประเมินจะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบและใส่เครื่องหมาย ✓

ลงใน ตามความคิดเห็นของท่าน

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุปี

3. สถานภาพ

สมรส

ไม่สมรส

หย่าร้าง

คู่สมรสเสียชีวิต

4. โรคประจำตัว

ไม่มี

มี ระบุ

5. สิทธิการรักษาพยาบาล

สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท

สิทธิประกันสังคม

สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

6. การอยู่อาศัย

อยู่เพียงคนเดียว

มีผู้ดูแล ระบุ

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูล (Access)

คำชี้แจง ผู้ตอบแบบประเมินจะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบและใส่เครื่องหมาย ✓

ลงใน ตามความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ทำได้ยากมาก หมายถึง น่าจะทำได้ 20% หรือน้อยกว่านั้น

ทำได้ค่อนข้างยาก หมายถึง น่าจะทำได้ประมาณ 21% ถึง 50%

ทำได้ค่อนข้างง่าย หมายถึง มั่นใจว่าจะทำได้ประมาณ 51% ถึง 80%

ทำได้ง่ายมาก หมายถึง มั่นใจว่าจะทำได้มากกว่า 80%

ข้อ	ข้อคำถาม	ระดับความสามารถ			
		ทำได้ ง่ายมาก (4)	ทำได้ ค่อนข้าง ง่าย (3)	ทำได้ ค่อนข้าง ยาก (2)	ทำได้ ยากมาก (1)
1	ท่านค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรือความผิดปกติของร่างกาย เพื่อให้ทราบสาเหตุและวิธีป้องกันเบื้องต้น เช่น อาการปวดท้อง ท้องอืด ท้องผูก จากการรับประทานอาหารที่ย่อยยากหรืออาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นต้น				
2	ท่านค้นหากิจกรรมที่ช่วยในการดูแลสุขภาพได้ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมผู้สูงอายุ โยคะ การเดิน รำไม้พอง รำมวยไทยเก๊ก เป็นต้น				
3	ท่านค้นหาข้อมูลวิธีการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น				
4	ท่านค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพหรือจัดการภาวะสุขภาพ ได้ตามที่ท่านต้องการ เช่น การป้องกันการหกล้มการป้องกันสมองเสื่อม เป็นต้น				
5	ท่านตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ เช่น การตรวจสอบข้อมูลการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจากเว็บกรมควบคุมโรค /เว็บโรงพยาบาลต่าง ๆ เป็นต้น				

ตอนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive)

คำชี้แจง ผู้ตอบแบบประเมินจะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบและใส่เครื่องหมาย ✓

ลงใน ตามความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ทำได้ยากมาก หมายถึง น่าจะทำได้ 20% หรือน้อยกว่านั้น

ทำได้ค่อนข้างยาก หมายถึง น่าจะทำได้ประมาณ 21% ถึง 50%

ทำได้ค่อนข้างง่าย หมายถึง มั่นใจว่าจะทำได้ประมาณ 51% ถึง 80%

ทำได้ง่ายมาก หมายถึง มั่นใจว่าจะทำได้มากกว่า 80%

ข้อ	ข้อความ	ระดับความสามารถ			
		ทำได้ ง่ายมาก (4)	ทำได้ ค่อนข้าง ง่าย (3)	ทำได้ ค่อนข้าง ยาก (2)	ทำได้ ยากมาก (1)
1	ท่านรู้และเข้าใจพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานขนมหวานที่มีส่วนผสมของกะทิ ทุกวัน ส่งผลทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้ เป็นต้น				
2	ท่านรู้และเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการที่ทำให้สุขภาพดีขึ้น เช่น วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ วิธีการบริหารสมองป้องกันสมองเสื่อม เป็นต้น				
3	ท่านรู้และเข้าใจเกี่ยวกับวิธีที่ทำให้ท่านมีสุขภาพจิตดี				
4	ท่านรู้และเข้าใจว่าทำไมต้องตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนนำไปปฏิบัติตาม				
5	ท่านรู้และเข้าใจวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เช่น วิธีการตั้งคำถามให้เหมาะสมกับบุคคล รู้เป้าหมาย หรือจุดประสงค์ในการตั้งคำถาม เพื่อการตั้งคำถาม ให้ตรงประเด็น เป็นต้น				

ตอนที่ 4 ทักษะการสื่อสาร (Communication skill)

คำชี้แจง ผู้ตอบแบบประเมินจะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบและใส่เครื่องหมาย ✓

ลงใน ตามความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ทำได้ยากมาก หมายถึง น่าจะทำได้ 20% หรือน้อยกว่านั้น

ทำได้ค่อนข้างยาก หมายถึง น่าจะทำได้ประมาณ 21% ถึง 50%

ทำได้ค่อนข้างง่าย หมายถึง มั่นใจว่าจะทำได้ประมาณ 51% ถึง 80%

ทำได้ง่ายมาก หมายถึง มั่นใจว่าจะทำได้มากกว่า 80%

ข้อ	ข้อความ	ระดับความสามารถ			
		ทำได้ ง่ายมาก (4)	ทำได้ ค่อนข้าง ง่าย (3)	ทำได้ ค่อนข้าง ยาก (2)	ทำได้ ยากมาก (1)
1	ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการจนคลายข้อสงสัย				
2	ท่านสามารถเลือกใช้คำถามที่เหมาะสมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพกับผู้อื่นได้				
3	ท่านสามารถแก้ไขคำถามและปรับเปลี่ยนวิธีการถามให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้ได้				
4	ท่านสามารถเล่าเรื่อง/พูดคุยข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ครอบครัว เพื่อน หรือผู้อื่นเข้าใจได้				
5	ท่านโน้มน้าวหรือแนะนำให้ผู้อื่น ยอมรับข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้				

ตอนที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)

คำชี้แจง ผู้ตอบแบบประเมินจะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบและใส่เครื่องหมาย ✓

ลงใน ตามความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ทำได้ยากมาก หมายถึง น่าจะทำได้ 20% หรือน้อยกว่านั้น

ทำได้ค่อนข้างยาก หมายถึง น่าจะทำได้ประมาณ 21% ถึง 50%

ทำได้ค่อนข้างง่าย หมายถึง มั่นใจว่าจะทำได้ประมาณ 51% ถึง 80%

ทำได้ง่ายมาก หมายถึง มั่นใจว่าจะทำได้มากกว่า 80%

ข้อ	ข้อความ	ระดับความสามารถ			
		ทำได้ ง่ายมาก (4)	ทำได้ ค่อนข้าง ง่าย (3)	ทำได้ ค่อนข้าง ยาก (2)	ทำได้ ยากมาก (1)
1	ท่านสามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลการดูแลสุขภาพที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง				
2	ท่านสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการตรวจคัดกรองสุขภาพให้เหมาะสมกับ โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคได้ เช่น ผู้สูงอายุควรได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมต่างจากเด็กที่จะได้รับการตรวจ IQ EQ เป็นต้น				
3	ท่านสามารถวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียของพฤติกรรมปฏิบัติเป็นประจำ และสามารถหลีกเลี่ยงสิ่งที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพได้				
4	ท่านสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับตนเองได้				
5	ท่านตัดสินใจได้ว่า จะปรับปรุงการดูแลสุขภาพของท่านอย่างไรหลังจากเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมแล้ว				

ตอนที่ 6 การจัดการตนเอง (Self-management)

คำชี้แจง ผู้ตอบแบบประเมินจะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบและใส่เครื่องหมาย ✓

ลงใน ตามความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ทำได้ยากมาก หมายถึง น่าจะทำได้ 20% หรือน้อยกว่านั้น

ทำได้ค่อนข้างยาก หมายถึง น่าจะทำได้ประมาณ 21% ถึง 50%

ทำได้ค่อนข้างง่าย หมายถึง มั่นใจว่าจะทำได้ประมาณ 51% ถึง 80%

ทำได้ง่ายมาก หมายถึง มั่นใจว่าจะทำได้มากกว่า 80%

ข้อ	ข้อคำถาม	ระดับความสามารถ			
		ทำได้ ง่ายมาก (4)	ทำได้ ค่อนข้าง ง่าย (3)	ทำได้ ค่อนข้าง ยาก (2)	ทำได้ ยากมาก (1)
1	ท่านสามารถกำหนด/ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติให้มีสุขภาพดีตามแนวคิด 4 smart เช่น ตั้งเป้าหมายการออกกำลังกายเพื่อสร้างกล้ามเนื้อป้องกันการหกล้ม เป็นต้น				
2	ท่านสามารถวางแผนการปฏิบัติที่ช่วยให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีตามแนวคิด 4 smart เช่น วางแผนออกกำลังกายโดยการเดิน วันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน ในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ เป็นต้น				
3	ท่านสามารถหาวิธีในการเตือนตนเองให้ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ โดยการเขียนโน้ต จดบันทึกในปฏิทิน ตั้งนาฬิกา เป็นต้น				
4	ท่านสามารถหาวิธีในการเตือนตนเองโดยอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น บอกญาติหรือคนใกล้ชิดให้ช่วยเตือน				
5	ท่านสามารถทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพให้ถูกต้อง เช่น การเติมเครื่องปรุงเพิ่มในอาหารให้มีรสเค็มจัดและหวานจัด ส่งผลให้เกิดโรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง จึงปรับวิธีการรับประทานอาหารโดยไม่เติมเครื่องปรุงเพิ่มลดความเค็มและความหวานลง				

ตอนที่ 7 การรู้เท่าทันสื่อ (Media-literacy)

คำชี้แจง ผู้ตอบแบบประเมินจะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบและใส่เครื่องหมาย ✓

ลงใน ตามความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ทำได้ยากมาก หมายถึง น่าจะทำได้ 20% หรือน้อยกว่านั้น

ทำได้ค่อนข้างยาก หมายถึง น่าจะทำได้ประมาณ 21% ถึง 50%

ทำได้ค่อนข้างง่าย หมายถึง มั่นใจว่าจะทำได้ประมาณ 51% ถึง 80%

ทำได้ง่ายมาก หมายถึง มั่นใจว่าจะทำได้มากกว่า 80%

ข้อ	ข้อความ	ระดับความสามารถ			
		ทำได้ ง่ายมาก (4)	ทำได้ ค่อนข้าง ง่าย (3)	ทำได้ ค่อนข้าง ยาก (2)	ทำได้ ยากมาก (1)
1	ท่านสามารถตรวจสอบถูกต้องของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ ก่อนเชื่อและนำไปปฏิบัติ				
2	ท่านสามารถแยกแยะได้ว่า ข้อมูลที่ได้รับผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก เป็นความจริงหรือชวนเชื่อ				
3	ท่านสามารถตรวจสอบข้อมูลสินค้าหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่โฆษณาสื่อต่าง ๆ ว่าเป็นข้อมูลเกินจริงหรือไม่ ก่อนเชื่อหรือซื้อสินค้านั้น				
4	ท่านสามารถประเมินข้อมูลที่ได้รับโดยตรวจสอบที่มาและความถูกต้องของข้อมูล ก่อนส่งต่อข้อมูลให้กับบุคคลอื่น				
5	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงช่องทางการรับข้อมูลที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการถูกหลอกลวง เช่น ข้อมูลที่แชร์ต่อกันผ่านไลน์โดยไม่ทราบที่มา หรือเฟซบุ๊กที่เป็นบัญชีปลอม การส่ง SMS เพื่อหลอกให้คุณคลิกลิงก์รับสิทธิ์ต่างๆ เป็นต้น				

2. แบบประเมินการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart

คำชี้แจง ผู้ตอบแบบประเมินจะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบและใส่เครื่องหมาย ✓

ลงใน ตามความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำวันหรือตามที่กำหนด (6-7 วันต่อสัปดาห์)
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางวัน หรือบางครั้ง (3-5 วันต่อสัปดาห์)
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางวัน หรือบางครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์)
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ผู้สูงอายุไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อ	ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติเป็นประจำ (4)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติบางครั้ง (2)	ไม่เคยปฏิบัติเลย (1)
1	ท่านออกกำลังกายฝึกกล้ามเนื้อขาให้แข็งแรง โดยการปั่นจักรยาน เดิน วิ่งเหยาะ ๆ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อหรืออื่น ๆ				
2	ท่านออกกำลังกาย อย่างน้อยวันละ 30 นาที				
3	ท่านกินผักได้วันละ 400 กรัมหรือ 5 กำมือ				
4	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง (แกงกะทิ, ข้าวขาหมู, กล้วยทอด, ปาท่องโก๋ เป็นต้น)				
5	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัด (น้ำพริกกะปิ, น้ำพริกปลาร้า, ปลาเค็ม, ไข่เค็ม หรือการเติมน้ำปลาเพิ่มในอาหาร เป็นต้น)				
6	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัด (ฟักทองเชื่อม, กล้วยบวชชี, ลอดช่อง หรือการเติมน้ำตาลเพิ่มในอาหาร เป็นต้น)				
7	ท่านดื่มน้ำเปล่าได้อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว บ่อยแค่ไหน (น้ำ 1 แก้ว เท่ากับ ปริมาณ 200 มิลลิลิตร)				
8	ท่านมีวิธีดูแลสุขภาพจิตใจให้เป็นสุข เช่น ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา อาทิ สวดมนต์ ฟังสมาธิ ตักบาตรทำบุญ				

ชื่อ	ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติเป็นประจำ (4)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติบางครั้ง (2)	ไม่เคยปฏิบัติเลย (1)
9	ท่านผ่อนคลายความเครียด โดยการพบปะพูดคุยกับผู้อื่นหรือทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ร้องรำทำเพลง ฟังเพลง ท่องเที่ยว				
10	ท่านพยายามฝึกสมองให้คิดบ่อย ๆ เช่น ฝึกนับเลข ถอยหลัง เล่นเกมส์จับผิดภาพ เกมส์ต่อจิ๊กซอว์ ฝึกจิบแอล เป็นต้น				
11	ท่านแปรงฟัน/ดูแลช่องปาก ทุกเช้าและก่อนนอน				
12	ท่านนอนหลับ วันละ 7-8 ชั่วโมง/คืน				



ภาคผนวก จ

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา (2559) โดยประยุกต์การดำเนินกิจกรรมตามคู่มือการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแล กองสุขศึกษา (2564)

วัตถุประสงค์ของโปรแกรม

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมเรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart (ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย)
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม
4. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมได้มีกิจกรรมร่วมกัน ส่งเสริมการรวมกลุ่มในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม

จัดกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง 30 นาที ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านสวน ซึ่งมีทั้งหมด 5 ชมรม โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-75 ปี แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง (ชมรมที่ 1) จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (ชมรมที่ 2) จำนวน 30 คน

รายละเอียดของโปรแกรมในแต่ละกิจกรรมได้อธิบายไว้ในตารางด้านล่างต่อไปนี้

ครั้งที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
1	ผู้สูงวัยรอบรู้เข้าใจ ใส่ใจสุขภาพ	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอธิบายการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง
2	สูงวัยยุคใหม่ ก้าวทันเทคโนโลยี	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพและการบริการสุขภาพที่ถูกต้อง 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีการค้นหา และการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา
3	รู้จักพูดรู้จักเจรจา ตามประสานสูงวัย	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีทักษะการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพให้บุคคลอื่นเข้าใจ 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ
4	สูงวัยรู้ทันสื่อทันเหตุการณ์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องและ ความน่าเชื่อถือของข้อมูล 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถหลีกเลี่ยงการเลือกรับสื่อที่อาจเกิดความเสี่ยงกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น
5	เสริมสร้างการตัดสินใจวัยสูงอายุ	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจประเมินสุขภาพตนเอง และปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีทักษะการตัดสินใจสามารถเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม
6	ผู้สูงวัยจัดการสุขภาพ ชะลอชรา ชีววัยยืนยาว	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีทักษะในการจัดการตนเองสามารถ วางแผน กำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพตนเอง 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการประเมินการปฏิบัติตามแผน ทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติ

กระบวนการโปรแกรม

กิจกรรมที่ 1 ผู้สูงวัยรอบรู้เข้าใจใส่ใจสุขภาพ

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>กิจกรรมที่ 1</p> <p>ผู้สูงวัยรอบรู้เข้าใจใส่ใจสุขภาพ</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart</p> <p>2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอธิบายการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง</p>	<p>ขั้นนำ (15 นาที)</p> <p>ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน ระยะเวลา และดำเนินการของกิจกรรม</p> <p>ขั้นดำเนินการ (1 ชั่วโมง 30 นาที)</p> <p>ให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ตามคู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับเจ้าหน้าที่ “ไม่ลืม ไม่ลืม ไม่ลืมเศร้า” กินข้าวอร่อย ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560)</p> <p>Smart Walk (ไม่ลืม) โดยแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และฝึกปฏิบัติด้วยวิธีการออกกำลังกาย 12 ท่า เสริมสร้างกล้ามเนื้อ ป้องกันการหกล้ม</p> <p>Smart Brain (ไม่ลืม) ฝึกการบริหารสมอง ด้วยเกมส์ฝึกสมอง-เชื่อมสมอง 2 จิ๊ก ได้แก่ การบริหารปุ่มสมอง ปุ่มขนมปัง ปุ่มใบหู ทำใบไม้ก้อย ทำจิมแอล และจุมก-ตะหู ฝึก</p>	<p>1. คู่มือ 4 smart ผู้สูงวัย</p> <p>สร้างสุขภาพดี ชีวิตยืนยาว</p> <p>2. จิ๊กซอว์ที่ใช้เล่นเกมได้</p> <p>3. ภาพที่ใช้เล่นเกมได้</p>	<p>1. ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือโดยสังเกตบรรยากาศการทำกิจกรรม</p> <p>2. ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart</p> <p>3. ผู้สูงอายุสามารถบอกวิธีการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง</p>

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินงานกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
		<p>ต่ออีกข้อว่าฝึกจับคิดภาพ Smart Sleep & Emotional (ไม่ซึมเศร้า) แนะนำวิธีปฏิบัติ เพื่อการนอนหลับที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ แนะนำวิธีการทำอารมณ์และจิตใจให้เป็นสุข ด้วย 5 วิธี สร้างภาพแวดล้อมทางสังคม เพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี ทำแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า 2 Q Smart Eat (กินข้าวอร่อย) การกินอาหารอย่างถูกต้อง ตามหลักโภชนาการ ครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เกล็ม แนะนำการรับประทานอาหารตามธงโภชนาการ ฝึกการจัดรอบเอวและวิธีการประเมินภาวะอ้วนลงพุง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพช่องปาก มีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่ ฝึกการบริหารใบหน้าและลิ้น</p> <p>ขั้นสรุป (15 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยสรุปความรู้และกิจกรรมการฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart 2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิก ได้ซักถามข้อสงสัย 3. ผู้วิจัยขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือ และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป 		

กิจกรรมที่ 2 สูญญัตใหม่ ก้าวทันเทคโนโลยี

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	สื่อความรู้	การประเมินผล
กิจกรรมที่ 2 สูญญัตใหม่ ก้าวทัน เทคโนโลยี	<p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพและการบริการสุขภาพที่ถูกต้อง 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพรู้วิธีการค้นหา และการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา 	<p>ขั้นนำ (15 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยติดตามทบทวนเรื่องที่ให้ไว้ในครั้งก่อนและให้คำแนะนำเพิ่มเติม 2. สร้างบรรยากาศด้วยกิจกรรมเชื่อมสัมพันธ์ภาพ การร้องเพลงและทำท่าทางประกอบ <p>ขั้นดำเนินการ (1 ชั่วโมง 30 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายหลักการค้นหาข้อมูลอย่างเป็นขั้นตอน และการเข้าถึงข้อมูลผ่านทางต่าง ๆ จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ข้อมูลจากกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2561) 2. ฝึกทักษะเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ผ่านสื่อออนไลน์ ได้แก่ อินเทอร์เน็ต ยูทูป โทรศัพท์มือถือ ไลน์ เฟซบุ๊ก โดยแนะนำวิธีการค้นหาข้อมูล ช่องทางหรือลิงก์แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้ เช่น เว็บไซต์ ไซต์กรมสุขภาพจิต เพจเฟซบุ๊ก มูลนิธิหมอชาวบ้าน ช่องยูทูปของสสส. ไลน์หมอพร้อม เป็นต้น 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สมาร์ทโฟน/คอมพิวเตอร์/แท็บเล็ต 2. แบบประเมินความสามารถในการค้นหาข้อมูล 	<p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือโดยสังเกตบรรรยากาศการทำกิจกรรม 2. ผู้สูงอายุสามารถค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพและการบริการสุขภาพได้ถูกต้อง 3. ผู้สูงอายุสามารถเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพรู้วิธีการค้นหา และการใช้อุปกรณ์ในการค้นหาได้ถูกต้อง

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินงานกิจกรรม	สื่อความรู้	การประเมินผล
		<p>ขั้นสรุป (15 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยสรุปหลักการค้นหาข้อมูลและการเข้าถึงแหล่งข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ผ่านสื่อออนไลน์ 2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัย 3. ผู้วิจัยขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือ และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป 		

กิจกรรมที่ 3 รู้จักพู่รู้จักเจรจา ตามประสาคนสูงวัย

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินงานกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
กิจกรรมที่ 3 รู้จักพู่รู้จักเจรจา ตามประสาคนสูงวัย	<p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีทักษะการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพให้บุคคลอื่นเข้าใจ 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ 	<p>วิธีดำเนินงานกิจกรรม</p> <p>ขั้นนำ (15 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยติดตามบททวนเรื่องที่ให้ไว้ในครั้งก่อนและให้คำแนะนำเพิ่มเติม 2. สร้างบรรยากาศด้วยกิจกรรมเชื่อมสัมพันธ์ภาพ การร้องเพลงและทำท่าทางประกอบ <p>ขั้นดำเนินการ (1 ชั่วโมง 30 นาที)</p> <p>กิจกรรมฝึกทักษะความสามารถในการสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามแนวคิด 4 smart ได้แก่ ฝึกเทคนิคการใช้คำถาม การตั้งคำถามให้เหมาะสมกับบุคคล ช่วงเวลาและสถานการณ์ ฝึกการซักถามโต้ตอบ</p> <p>ขั้นสรุป (15 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยสรุปการฝึกทักษะความสามารถสื่อสาร โน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัย 3. ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือ และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป 	<p>สื่อ/อุปกรณ์</p> <p>แบบประเมิน ความสามารถในการสื่อสาร</p>	<p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยให้ความร่วมมือโดยตั้งเกณฑ์บรรยาภาคการทำกิจกรรม 2. ผู้สูงอายุสามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพให้บุคคลอื่นเข้าใจ 3. ผู้สูงอายุสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพได้

กิจกรรมที่ 4 สูญวิญ์ที่นื้อตื้นเหตุการณื

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>กิจกรรมที่ 4</p> <p>สูญวิญ์ที่นื้อตื้นเหตุการณื</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมิ ความสามารถในการ ตรวจสอบความถูกต้องและ ความน่าเชื่อถือของข้อมูล</p> <p>2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถ หลีกเลี่ยงการเลือกรับสื่อที่ อาจเกิดความเสี่ยงกับสุขภาพ ของตนเองและผู้อื่น</p>	<p>ขั้นนำ (15 นาที)</p> <p>1. ผู้วิจัยติดตามบทพทวเรื่องทีให้ไว้ในครั้งก่อนและให้ คำแนะนำเพิ่มเติม</p> <p>2. สร้างบรรยากาศด้วยกิจกรรมเชื่อมสัมพันธ์ภาพ การ ร้องเพลงและทำท่าทางประกอบ</p> <p>ขั้นดำเนินการ (1 ชั่วโมง 30 นาที)</p> <p>กิจกรรมคือการตรวจสอบ เปรียบเทียบ และประเมิน ความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ การรู้เท่า ทัน โฆษณาเกินจริง</p> <p>การแชร์ข้อมูล การพิจารณาข้อมูลที่เป็นจดหมายถูกใช้ วิธีการหลีกเลี่ยงการเลือกรับสื่อที่อาจเกิดความเสี่ยงใน การดูแลสุขภาพจากกมิจฉชีพ โดยการยกตัวอย่างข้อมูล ที่ส่งผ่านสื่อต่าง ๆ หรือจำลองสถานการณ์ จากนั้นให้ ผู้สูงอายุบอกวิธีในการดำเนินการกับข้อมูลหรือ สถานการณ์นั้น</p>	<p>แบบประเมิน ความสามารถการรู้เท่า ทันสื่อ</p>	<p>1. ผู้วิจัยให้ความร่วมมือ โดยสังเกตบรรยากาศการทำ กิจกรรม</p> <p>2. ผู้สูงอายุมีความสามารถใน การตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของ ข้อมูล</p> <p>3. ผู้สูงอายุสามารถหลีกเลี่ยง การเลือกรับสื่อที่อาจเกิด ความเสี่ยงกับสุขภาพของ ตนเองและผู้อื่น</p>

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินงานกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
		<p>ขั้นสรุป (15 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยสรุปการฝึกทักษะความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อ การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล หลีกเลี่ยงการเลือกรับสื่อ 2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิก ได้ซักถามข้อสงสัย 3. ผู้วิจัยขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือ และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป 		

กิจกรรมที่ 5 เสริมสร้างการตัดสินใจวัยสูงอายุ

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
กิจกรรมที่ 5 เสริมสร้างการตัดสินใจ วัยสูงอายุ	<p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจประเมินสุขภาพตนเอง และปฏิบัติ/หลีกเลี่ยงสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ</p> <p>2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีทักษะการตัดสินใจ สามารถเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม</p>	<p>ขั้นนำ (15 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยติดตามบทสนทนาเรื่องที่ทำให้ไว้ในครั้งก่อนและให้คำแนะนำเพิ่มเติม 2. สร้างบรรยากาศด้วยกิจกรรมเชื่อมสัมพันธ์ภาพ การร้องเพลงและทำท่าทางประกอบ <p>ขั้นดำเนินการ (1 ชั่วโมง 30 นาที)</p> <p>กิจกรรมฝึกทักษะการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพตามแนวคิด 4 smart โดยให้ประเมินการดูแลสุขภาพของตนเองในปัจจุบันมีสิ่งใดที่ควรแก้ไข กำหนดทางเลือกในการปฏิบัติ และควรปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพของตนให้ดียิ่งขึ้น ได้อย่างไร</p> <p>ขั้นสรุป (15 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยสรุปการฝึกทักษะการตัดสินใจการกำหนดทางเลือกและวิธี ในการปฏิบัติตามดูแลสุขภาพ 2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัย 3. ผู้วิจัยขอบคณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือ และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป 	แบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ (2565)	<p>1. ผู้วิจัยให้ความร่วมมือโดยสังเกตบรรยากาศการทำกิจกรรม</p> <p>2. ผู้สูงอายุสามารถประเมินส่งผลกระทบต่อสุขภาพ</p> <p>3. ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติ/หลีกเลี่ยงสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ</p> <p>4. ผู้สูงอายุสามารถเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม</p>

กิจกรรมที่ 6 ผู้สูงวัยจัดการสุขภาพ ชะลอชรา ชีววัยยืนยาว

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินงานกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
กิจกรรมที่ 6 ผู้สูงวัยจัดการสุขภาพ ชะลอชรา ชีววัยยืนยาว	วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีทักษะในการจัดการตนเองสามารถวางแผน กำหนดเป้าหมาย การดูแลสุขภาพตนเอง 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการประเมิน การปฏิบัติตามแผน ทบทวน และปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติ	ขั้นนำ (15 นาที) 1. ผู้วิจัยติดตามทบทวนเรื่องที่ให้ไว้ในครั้งก่อนและให้คำแนะนำเพิ่มเติม 2. สร้างบรรยากาศด้วยกิจกรรมเชื่อมสัมพันธ์ภาพ การร้องเพลงและทำท่าทางประกอบ ขั้นดำเนินการ (1 ชั่วโมง 30 นาที) 1. กิจกรรมฝึกทักษะการจัดการตนเอง โดยให้กำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีตามแนวคิด 4 smart วางแผนการปฏิบัติอย่างไร แสดงทางเลือกและวิธีการปฏิบัติตามแผน 2. กิจกรรมฝึกทบทวนและประเมินการปฏิบัติที่วางไว้ สามารถนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดได้หรือไม่ พร้อมกำหนดแนวทางการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เมื่อพบอุปสรรคที่ทำให้แผนการปฏิบัติไม่สามารถทำได้	1. คู่มือ 4 smart ผู้สูงวัย สร้างสุขภาพดี ชีววัยยืนยาว 2. ใบงานการตั้งเป้าหมายสุขภาพที่ดีมีชีวิตมีความสุข	การประเมินผล 1. ผู้วิจัยให้ความร่วมมือ โดยสังเกตบรรยากาศการทำกิจกรรม 2. ผู้สูงอายุมีทักษะในการจัดการตนเองให้มีสุขภาพดีได้ 3. ผู้สูงอายุสามารถวางแผน กำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพตนเอง 4. ผู้สูงอายุความสามารถการประเมินการปฏิบัติตามแผน ทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติให้เหมาะสมได้

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
		<p>ขั้นสรุป (15 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยสรุปการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ขั้นตอนการวางแผนและการเลือกวิธีการปฏิบัติ 2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัย 3. ผู้วิจัยขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือ และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป 		

แบบประเมินความสามารถในการค้นหาข้อมูล

กิจกรรมที่ 2 สูงวัยยุคใหม่ ก้าวทันเทคโนโลยี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพและการบริการสุขภาพที่ถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีการค้นหา และการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา

คำชี้แจง

1. หลังจากการให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกรค้นคว้า/สืบค้นข้อมูลทางโทรศัพท์มือถือ สอบทวนตามที่ได้ฝึกปฏิบัติอีกครั้ง
2. ผู้วิจัยประเมินหลังทำกิจกรรมผู้สูงอายุมีความสามารถในการค้นหาข้อมูล การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ผ่านสื่อออนไลน์ได้ในระดับใด

ตารางประเมินความสามารถในการค้นหาข้อมูล (หลังกิจกรรม)		
ขั้นตอนการสืบค้น	ทำได้	ทำไม่ได้
1. เปิดเว็บไซต์ได้		
2. เลือกหัวข้อที่จะค้น		
3. พิมพ์ข้อความที่ต้องการค้นหา		
4. การกดปุ่มค้นหา		
5. ระบบแสดงข้อมูล ได้ตรงกับหัวข้อที่ค้นหา		

แบบประเมินความสามารถในการสื่อสาร

กิจกรรมที่ 3

สูงวัยรู้จักเจรจา สื่อสารได้ โต้ตอบเป็น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีทักษะการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพให้บุคคลอื่นเข้าใจ
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ

คำชี้แจง

1. หลังจากการให้ผู้สูงอายุฝึกทักษะความสามารถในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามแนวคิด 4 smart ได้แก่ ฝึกเทคนิคการใช้คำถาม การตั้งคำถาม ให้เหมาะสมกับบุคคล ช่วงเวลาและสถานการณ์ ฝึกการซักถาม โต้-ตอบ ทบทวนตามที่ได้ฝึกปฏิบัติอีกครั้ง
2. ผู้วิจัยประเมินหลังทำกิจกรรมผู้สูงอายุมีความสามารถในการสื่อสารข้อมูล การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ได้ในระดับใด

ตารางประเมินความสามารถในการสื่อสาร (หลังกิจกรรม)		
ขั้นตอนการสื่อสาร	ทำได้	ทำไม่ได้
1. ใช้รูปประโยคที่ชัดเจนและเข้าใจได้ง่าย		
2. การสอบถามข้อมูลได้ตรงกับตามสิ่งที่ต้องการ		
3. การใช้คำถามที่เหมาะสมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น		
4. สามารถเล่าเรื่อง/พูดคุยข้อมูลให้ผู้อื่นเข้าใจได้		
5. สามารถโน้มน้าวหรือแนะนำให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลเพื่อนำไปปฏิบัติได้		

แบบประเมินความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อ

กิจกรรมที่ 4 สูงวัยรู้ทันสื่อทันเหตุการณ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถหลีกเลี่ยงการเลือกรับสื่อที่อาจเกิดความเสี่ยงกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น

คำชี้แจง

1. หลังจากการให้ผู้สูงอายุฝึกทักษะความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อ โดยฝึกการตรวจสอบ เปรียบเทียบ ประเมินความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพการรู้เท่าทันโฆษณาเกินจริง การแชร์ข้อมูล การพิจารณาข้อมูลที่เป็นจดหมายลูกโซ่ วิธีการหลีกเลี่ยงการเลือกรับสื่อที่อาจเกิดความเสี่ยงในการถูกหลอกลวงจากมิจฉาชีพ ทบทวนตามที่ได้ฝึกปฏิบัติอีกครั้ง
2. ผู้วิจัยประเมินหลังทำกิจกรรมผู้สูงอายุมีความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อได้ในระดับใด

ตารางประเมินความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อ (หลังกิจกรรม)		
ขั้นตอนการรู้เท่าทันสื่อ	ทำได้	ทำไม่ได้
1. การตรวจสอบถูกต้องของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ		
2. สามารถแยกแยะข้อมูลได้ว่าเป็นความจริงหรือไม่		
3. การตรวจสอบข้อมูลก่อนซื้อสินค้า		
4. การตรวจสอบที่มาของข้อมูลก่อนส่งต่อข้อมูลให้กับผู้อื่น		
5. สามารถหลีกเลี่ยงช่องทางการรับข้อมูลที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง		



ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

เพราะผู้สูงอายุ คือ บุคคลอันเป็นที่รักของทุกคนรอบตัว ไม่ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปมากแค่ไหน ผู้สูงอายุของแต่ละบ้านก็ยังคงเป็นสมาชิกคนสำคัญที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ร่างกายอารมณ์ และสภาพจิตใจของท่านก็ยิ่งเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามไปด้วย ทุกการเปลี่ยนแปลงส่งผลให้ผู้สูงอายุใช้ ชีวิตได้ไม่เหมือนเดิม และอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง การศึกษาเรียนรู้ให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ปรากฏเด่นและมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด จะเป็นประโยชน์แรกที่เชื่อมความเข้าใจระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้สูงอายุให้เข้าใจกันได้เป็นอย่างดีที่สุด

วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายอย่างตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มองเห็นได้ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มองไม่เห็นและการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มองเห็นได้ เช่น ผมมีหงอกขาว ผมจะบางลงและแข็งแรงน้อยลงทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ผิวหนังเหี่ยวย่น หย่อนคล้อย แห้ง ทำให้แตก คัน และแพ้ง่าย เล็บมือเล็บเท้าแห้งเปราะหักง่าย ไหล่งุ้มงอ หลังโค้ง สายตายาว อาจจะมีต่อกระจกหรือต้อหิน ได้ยินไม่ชัดเจน เนื่องจากประสาทหูเสื่อม ริมฝีปากแห้ง ลอกง่าย ฟันผุ โยกแตกง่าย การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนไป ซอรรถจัดขึ้น เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มองไม่เห็น เช่น ชันไขมันหนาขึ้น กล้ามเนื้ออ่อนลง กระดูกบางลง ข้อต่อและเส้นเอ็นยึดหยุ่นน้อยลง การขยายตัวของปอดและหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง ย่อยอาหารได้ช้า ความจุของกระเพาะปัสสาวะน้อยลง ทำให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ ที่พบได้บ่อยคือมีความสุขลดน้อยลง ซึ่งมักมีสาเหตุจากความเสื่อมของร่างกาย ความเจ็บป่วย สถานะทางสังคมที่เปลี่ยนไป การสูญเสียคนใกล้ชิด

อวัยวะในร่างกาย เปลี่ยนไปแค่ไหนอย่างไร

อวัยวะภายนอก

ผม เวลากวาดบ้านลูกหลานอาจสังเกตเห็นว่า มีเส้นผมร่วงตามพื้นจำนวนมาก ผมดำบ้าง ผมขาวบ้าง เพราะเมื่ออายุมากขึ้นผมจะเริ่มหงอกขาว เกิดจากรากผมไม่สร้างเม็ดสี ทำให้เส้นผมไม่มีสี เมื่อนั่งศีรษะ รากผม และเส้นผมไม่แข็งแรงทำให้ผมหลุดร่วงง่ายและบางลง

ผิวหนัง ลูกหลานเคยสังเกตเห็นสัมผัสผิวหนังของผู้สูงอายุบ้างไหม ผิวของผู้สูงอายุจะบาง แห้ง เหี่ยวย่น หลุดลอก ขาดความมันเงาและความยืดหยุ่น เนื่องจากไขมันใต้ผิวหนังลดลง เมื่อ

ผิวแห้งทำให้เกิดอาการคันตามร่างกาย และความที่ผิวบางนี้เองที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกหนาวง่าย เพราะอุณหภูมิที่เย็นจะทะลุผิวหนังไปสู่กล้ามเนื้อ หลอดเลือดและกระดูกได้เร็ว นอกจากนั้นเส้นเลือดยังเปราะ ทำให้เกิดบาดแผลและมีรอยเขียวช้ำได้ง่ายอีกด้วย

เล็บมือและเล็บเท้า ของผู้สูงอายุจะแห้ง แข็ง เปราะหักง่าย เป็นแผลง่าย

ระบบประสาทสัมผัส ดวงตา การที่ผู้สูงอายุเริ่มทำอะไรงะแงแง หยิบจับสิ่งของถูก ๆ ผิด ๆ เลิกอ่านหนังสือทั้งที่เคยอ่านอยู่เป็นประจำ สาเหตุหนึ่งมาจากประสาทสัมผัสในการมองเห็นเสื่อมลงหรือมีโรคทางตา เช่น สายตาสั้น เกิดจากเลนส์ตาที่แข็งขึ้น ทำให้สูญเสียความสามารถในการปรับการมองใกล้และไกล โรคต้อกระจกเกิดจากเลนส์แก้วตาขุ่น โรคต้อหินเกิดจากการระบายน้ำในลูกตาคือความดันตาสูงและกดทำลายเส้นประสาทตา โรคตาแห้งเกิดจากต่อมน้ำตาผลิตน้ำตาตกลงและเมื่อกล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการวิงเวียนศีรษะได้

หู ในวัยสูงอายุประสาทรับเสียงจะเสื่อมลง ทำให้หูตึง ได้ยินเสียงโทนต่ำชัดกว่าเสียงพูดธรรมดา ลูกหลานเวลาพูดกับผู้สูงอายุ ควรเข้ามาใกล้ท่าน พูดช้า ๆ ชัด ๆ และดังกว่าปกติ แต่ไม่ตะโกน และไม่แสดงอาการหงุดหงิด หากต้องพูดซ้ำหลายครั้งขณะพูดคุยควรนั่งด้านหน้าผู้สูงอายุ เพราะถ้าท่านได้ยินไม่ชัด ท่านจะคุบปากเราขณะพูด

จมูก ผู้สูงอายุที่มีอาการเบื่ออาหาร สาเหตุหนึ่งมาจากประสาทรับกลิ่นบกพร่อง ทำให้ไม่ได้กลิ่นอาหารผู้สูงอายุบางคนมีเลือดกำเดาไหลเนื่องจากความดันโลหิตสูง

ปาก ลิ้น ฟัน และช่องปาก ริมฝีปากของผู้สูงอายุมีลักษณะแห้งและลอกลิ้นรับรสชาติอาหารได้น้อยลง ทำให้ชอบกินอาหารรสจัดขึ้น ฟันที่เคยแข็งแรงโยก ผุและแตกง่าย ลูกหลานควรใส่ใจสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมกรกินของผู้สูงอายุให้มาก เพราะเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดโรคได้ง่าย เช่น ฟันผุ ฟันหัก บดเคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด ทำให้ระบบทางเดินอาหารทำงานหนัก ช่องปากไม่สะอาด ทำให้เกิดแบคทีเรียและมีเชื้อโรคสะสม การกินอาหารเผ็ดจัด เค็มจัด หวานจัด ทำให้เกิดปัญหาโรคกระเพาะ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน

ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินอาหารมีความสำคัญ ช่วยย่อยอาหารให้กลายเป็นสารอาหารไปบำรุงและซ่อมแซมเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย การทำงานของระบบทางเดินอาหารเกี่ยวข้องกับอวัยวะหลายส่วน ตั้งแต่เหงือก ฟัน ต่อมน้ำลาย กระเพาะอาหาร ตับ ตับอ่อน และลำไส้ หากอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งบกพร่องย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงานทั้งระบบ

เหงือก ฟัน และต่อมน้ำลาย เมื่อพ่อแม่หรือคุณตาคุณยาย เริ่มมีปัญหาโรคเหงือก เช่น เหงือกกรัน ทำให้ฟันคลอนและหลุดร่วง หรือเป็นโรคฟัน เช่น ฟันผุแตกหักจากจุดเริ่มต้นปัญหาเหงือกและฟันนี้เอง ทำให้ผู้สูงอายุปฏิเสธการกินอาหารประเภทเนื้อสัตว์และผักที่มีกากใย จนขยายเป็นปัญหาสุขภาพตามมามากหลายอย่าง เพราะเมื่อฟันเคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียดต่อมน้ำลายผลิต

น้ำลายลดลง เมื่อกลืนน้อยไม่พอกคลุกเคล้ากับอาหารและประสาทกลืนเนื้อที่ควบคุมการกลืนอาหารเริ่มเสื่อม ทำให้อาหารที่ผ่านหลอดอาหารมีขนาดใหญ่ หยาบ และกลืนยาก

กระเพาะอาหาร เมื่ออาหารไปถึงกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารผลิตปริมาณกรดเกลือลดลง ทำให้อายุอาหารประเภทโปรตีนได้ช้าลงเกิดแก๊สในกระเพาะอาหาร มีอาการท้องอืดท้องเฟ้ออยู่เป็นประจำ ผู้สูงอายุจึงมักผายลมบ่อย

ตับ ตับผลิตน้ำดี ในการช่วยย่อยอาหารลดลง อีกทั้งตับของผู้สูงอายุจะมีขนาดเล็กลง ทำให้เลือดที่ไหลผ่านตับน้อยลงด้วยผู้สูงอายุที่กินยาเป็นประจำ ตับจะทำหน้าที่กรองยาและดูดซึมยาไว้ได้ระดับหนึ่งเท่านั้น ทำให้ระดับยาในเลือดสูงขึ้นทั้งที่กินยาเท่าเดิมตับอ่อน ตับอ่อนผลิตน้ำย่อยในลำไส้เล็กลดลง ทำให้อาหารย่อยไม่ดี ลำไส้เล็กดูดซึมสารอาหารได้ไม่เต็มที่ นอกจากนั้นตับอ่อนยังผลิตอินซูลินที่ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ผู้สูงอายุที่ชอบกินอาหารหวานจัด จึงเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน

ลำไส้ ผู้สูงอายุที่ไม่ชอบออกกำลังกายหรือนั่งเป็นเวลานาน ทำให้ลำไส้ไม่ได้เคลื่อนไหวการทำงานของลำไส้ช้าลง เมื่อรวมกับพฤติกรรมการดื่มน้ำน้อยและรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อยหรือย่อยยากด้วยแล้วอาจทำให้ท้องผูก อูจาระแข็งผนังลำไส้อักเสบติดเชื้อ มีอาการปวดท้องและอาจเป็นโรคริดสีดวงทวารได้ด้วย

ระบบทางเดินปัสสาวะ ไต มีหน้าที่ขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายทางปัสสาวะ สำหรับวัยสูงอายุการทำงานของไตจะลดลง ขับถ่ายของเสียได้ช้า ของเสียคั่งค้างในร่างกาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่กินยาเป็นประจำ ไตจะขับถ่ายยาได้ไม่ดี กระเพาะปัสสาวะมีความจุน้อยลง ปัสสาวะบ่อยขึ้น และอาจมีปัสสาวะราดได้ สำหรับผู้ชายอาจมีอาการต่อมลูกหมากโต ทำให้ปัสสาวะลำบาก

ระบบหัวใจและหลอดเลือด หัวใจทำหน้าที่สูบฉีดเลือดผ่านหลอดเลือดแดงไปหล่อเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ในสภาวะปกติ การบีบตัวของหัวใจทำให้แรงดันในหลอดเลือดสูงขึ้นและเมื่อหัวใจคลายตัวแรงดันจะต่ำลง แรงดันนี้ทำให้หลอดเลือดเกิดการขยายตัวและหดตัวสลับกัน แต่สำหรับผู้สูงอายุหลอดเลือดแดงจะแข็งไม่ยืดหยุ่น ผนังหลอดเลือดขรุขระ ทางเดินภายในหลอดเลือดแคบลงเพราะผนังภายในหลอดเลือดหนาตัวขึ้น และหากหลอดเลือดสกปรกมีไขมันอุดตันร่วมด้วยแล้วยิ่งจะทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และมีโอกาสเกิดโรคหัวใจล้มเหลวได้ง่าย นอกจากนี้ กล้ามเนื้อหัวใจของผู้สูงอายุยังบีบตัวลดลงเมื่อตื่นตื่นตกใจหรือออกกำลังกายหนัก ๆ ทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดไม่ทัน เกิดอาการช็อกและหัวใจล้มเหลวได้ทันที

ระบบทางเดินหายใจ ปอดทำหน้าที่นำออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายเมื่อปอดของผู้สูงอายุเสื่อมลง การขยายตัวและยุบตัวไม่ดี จึงทำให้ท่านเหนื่อยง่าย ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอถุงลมปอดกักอากาศและบีบตัวได้อากาศออกได้น้อยกว่าเดิม และกล้ามเนื้อ

ทรงอกเสื่อมทำให้การไอเพื่อขับเสมหะและแบคทีเรียออกทางหลอดลมไม่มีประสิทธิภาพ กล่องเสียงเสื่อม เสียงแหบแห้ง

ระบบประสาทและสมอง เมื่อสูงอายุนระบบประสาทและสมองจะทำงานช้าลง ความสัมพันธ์ระหว่างสมองกับกล้ามเนื้อและข้อเริ่มสูญเสียทำให้การทรงตัวไม่ดี มีอาการสั่นตามร่างกาย สมองของผู้สูงอายุมีน้ำหนักน้อยลง เซลล์สมองบางส่วนที่ขยวงและตายไป เมื่อร่างกายไม่มีการสร้างเซลล์สมองใหม่มาทดแทน ทำให้ความจำระยะสั้นเสียหาย ความจำระยะยาวยังดีอยู่ ผู้สูงอายุจึงมักหลงลืมกับกิจกรรมที่ทำอยู่ แต่กลับจดจำและเล่าเรื่องราวในอดีตได้อย่างแม่นยำ หากเซลล์สมองถูกทำลายเพิ่มขึ้น อาจทำให้เกิดโรคอัลไซเมอร์และโรคพาร์กินสัน

ฮอร์โมน ระดับฮอร์โมนหลายชนิดลดลงตั้งแต่วัยกลางคนต่อมไทรอยด์ทำงานแปรปรวนทำงานน้อยลงบ้าง เพิ่มขึ้นบ้าง อาจทำให้เซื่องช้า เฉยเมย เฉลียวฉลาดน้อยลง

ความรู้เบื้องต้น 4 smart (ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย)

การเตรียมความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุ และการดำเนินการแก้ไข ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยแนวคิด ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย หรือ 4 Smart ได้แก่

1) Smart Walk คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อร่างกายที่แข็งแรง ไม่หกล้ม โดยให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30-60 นาที ด้วยการบริหารร่างกายท่าต่าง ๆ

2) Smart Brain คือ การดูแล ฝึกฝนทักษะทางสมอง เพื่อป้องกันภาวะ สมองเสื่อม และยังมีการแนะนำให้ผู้สูงอายุฝึกสมองด้วยการเล่นเกมต่าง ๆ เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ รณรงค์เรื่อง ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่มีส่วนทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมถึง 5 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่

3) Smart Sleep & Emotional คือ การนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง โดยนอนหลับในช่วงหัวค่ำและตื่นแต่เช้า หลีกเลี่ยงการกินอาหารและการออกกำลังกายก่อนนอน เพราะจะทำให้นอนไม่หลับและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าตามมาได้ รวมทั้งการทำจิตใจให้เบิกบาน ไม่เครียด ไม่เศร้าหมอง

4) Smart Eat คือ การกินอาหารอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการ ครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม เน้นผัก ผลไม้ เลือกอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพสูง เช่น ปลาทะเล ซึ่งมีกรดโอเมก้า 3 สูง ช่วย บำรุงประสาท สายตา และสมอง การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี เพื่อความสามารถในการบริโภคอาหารมีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่สบ

Smart Walk (ไม่ลับ)

สาเหตุของการพลัดตกหกล้ม มาจากสาเหตุ เช่น พื้นลื่น สะดุดสิ่งกีดขวาง การเสียการทรงตัว กล้ามเนื้ออ่อนแรงสภาพแวดล้อมในบ้าน การรับประทานยาบางชนิดและการใช้รองเท้าที่ไม่เหมาะสม พื้นต่างระดับ หน้ามีดิ่งเวียนและตกบันได เป็นต้น

การป้องกันอุบัติเหตุและจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

การจัดสภาพแวดล้อมในห้องน้ำ

ห้องน้ำ เป็นห้องที่พบว่าผู้สูงอายุอาจจะประสบอุบัติเหตุได้ง่ายห้องน้ำที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุควรจัด ดังนี้

1. ไม่ควรอยู่ห่างจากห้องนอนผู้สูงอายุเกิน 9 ฟุต เพราะผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ มักจะมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ อาจไม่สะดวกสำหรับการเดินไปห้องน้ำ แต่ถ้าอยู่ไกลอาจแก้ปัญหาโดยใช้ กระโถนหรือหม้อนอนไว้ในห้องนอน
 2. ภายในห้องน้ำควรมีราวยึดเกาะ หรือตลอดทางเดินไปห้องน้ำ
 3. พื้นห้องน้ำควรปูด้วยวัสดุเนื้อหยาบ หรือแผ่นยางกันลื่น ไม่มีตะไคร่น้ำ หรือเปียกชื้น
- ดังนั้นถ้าเป็นไปได้ควรแยกห้องอาบน้ำออกจากห้องส้วม เนื่องจากผู้สูงอายุไม่มีความจำเป็นต้องอาบน้ำบ่อยเพราะผิวหนังแห้ง แต่มักจะปัสสาวะบ่อยเพราะกระเพาะปัสสาวะมีความจุลดลง ถ้าอยู่รวมกันพื้นห้องน้ำที่เปียกจากการอาบน้ำจะทำให้หกล้มได้ง่าย และพื้นห้องน้ำควรลดระดับต่ำกว่าห้องอื่น ๆ 3-5 ซม. เพื่อป้องกันน้ำไหลสู่ห้องอื่น โดยเฉพาะกรณีที่มีการระบายน้ำไม่ดี

ข้าวของเครื่องใช้สำหรับผู้สูงอายุ

ข้าวของเครื่องใช้ควรจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบ เป็นที่เป็นทางไม่กีดขวางทางเดินและไม่ควรเปลี่ยนที่เก็บหรือวางของบ่อย เพราะผู้สูงอายุจะไม่สะดวกในการหยิบใช้สิ่งของและอาจหลงลืม ข้าวของเครื่องใช้ ควรคำนึงถึงสี เนื่องจากสายตาของผู้สูงอายุมักจะมองเห็นสีสว่างได้ดีกว่าสีทึบ ดังนั้นผู้สูงอายุจะมองเห็นสีเหลือง สีส้ม และสีแดง ได้ดีกว่าสีเขียว สีม่วง สีน้ำเงินนอกจากนี้ น้ำหนักของสิ่งของก็ควรจะมีน้ำหนักเบา เพื่อความสะดวกและปลอดภัยในการหยิบจับของใช้ ผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

1. เสื้อผ้า ไม่ควรคับหรือหลวมเกินไป โดยเฉพาะถ้าสวมเสื้อผ่ารุ่มร่าม มีเชือกผูกอาจเกิดการเกาะเกี่ยวสิ่งของหรือสะดุดล้มได้ง่ายความหนาของเสื้อผ้าควรเหมาะกับภูมิอากาศ เนื่องจากในวัยสูงอายุการระบายความร้อนไม่ดีและเสื้อผ้าไม่ควรหนักเกินไปจะทำให้ผู้สูงอายุต้องรับน้ำหนักเสื้อผ้ามากอาจหอบเหนื่อยได้ง่าย

2. รองเท้า ที่เหมาะสมคือรองเท้าหุ้มส้น ไม่คับเกินไปอาจทำให้เจ็บเท้า เกิดบาดแผล หรือเป็นหูดตาปลาได้ในขณะเดียวกันต้องไม่หลวมเกินไปเพราะทำให้การเดินไม่สะดวกหกล้มได้ง่าย รองเท้าที่เหมาะสมควรมีลักษณะดังนี้ ความยาว มีช่องว่างระหว่างปลายนิ้วเท้าที่ยาวที่สุดถึงหัวรองเท้า 1.25 ซม. ความกว้างนิ้วเท้าวางได้ไม่ซ้อนกันความลึก รองเท้าด้านบนต้องไม่กดหลังเท้า หรือนิ้วเท้า เครื่องผูกรัด อาจเป็นเชือกหัวเข็มขัด จะเหมาะสมกว่าชนิดติดซิป เพราะแบบซิปเท้าไม่สามารถขยายตัวได้ ส้นรองเท้า ไม่ควรสูงเกิน 3.75 ซม. พื้นรองเท้า ควรเป็นพื้นยางไม่ลื่นวัสดุที่ทำหนังสัตว์ดีที่สุดในเพราะมีความยืดหยุ่นดีกว่าพลาสติก

3. แก้วน้ำ ถ้วยชา ควรเป็นชนิดที่มีหูจับ น้ำหนักเบา เลือกสีที่มองเห็นได้ง่าย แก้วนม หรือแก้วน้ำดื่มไม่ควรจะเป็นสีใสเพราะมองยากหรือแก้วนมที่ดีควรใช้สีตัดกับสีของนม เช่น นมสีขาวควรใส่ในแก้วสีเข้มจะทำให้ผู้สูงอายุทราบว่านมอยู่ในระดับใดของแก้ว

4. ผ้าปูโต๊ะควรเป็นสีต่างจากแก้วน้ำ หรือจานชาม เพราะถ้าเป็นสีเดียวกันหมดผู้สูงอายุจะแยกสีไม่ออกว่าบนโต๊ะมีของวางอยู่

5. ไม่ทำควรมียางกันลื่นบริเวณปลายไม้ความยาวอยู่ในระดับที่มือห้อยลงในท่าสบาย งอศอกเล็กน้อย ฝ่ามือวางบนหัวไม้เท้าพอดี

6. ไม่ทำควรวางไว้ในตำแหน่งที่สามารถเอื้อมมือถึง กรณีหกล้มลงกับพื้นจะได้ขอความช่วยเหลือได้ทันและถ้าหกล้มอย่าเพิ่งลุกขึ้นให้นอนนิ่งๆ ไว้ก่อน สำนวญดูว่ามีอะไรหักบ้งหรือไม่ อาจใช้วิธีตรวจสอบจากความเจ็บปวดก็ได้ ถ้าแน่ใจว่าไม่มีอะไรหักจึงลุกขึ้น ถ้าสงสัยควรร้องขอความช่วยเหลือ หรือขยับตัวไปยังที่วางโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือ

7. สลากยา หรือของบริโภคน เช่น เกลือ น้ำตาลควรปิดชื้อตัวโต เพื่อให้มองเห็นชัดเจน บริเวณทางเดินควรติดไฟฟ้าให้สว่าง มีราวกลมจับตลอดทางเดินไม่มีสิ่งกีดขวาง

ข้อสำคัญอื่น ๆ ที่ควรคำนึงถึง

1. ไม่วางพรมเช็ดเท้า สายไฟ สายโทรศัพท์เกะกะ เพราะจะทำให้สะดุดและหกล้ม
2. เฟอร์นิเจอร์ในบ้านต้องมั่นคง แข็งแรง ผู้สูงอายุจะได้ไม่เสียการทรงตัว เวลาจับเพื่อพยุงตัว
3. ตรวจสอบตราเครื่องใช้ไฟฟ้าและถังแก๊สให้อยู่ในสภาพดีถ้าชำรุดให้ซ่อมแซมหรือเปลี่ยนใหม่ ถอดปลั๊กเครื่องใช้ไฟฟ้า หรือปิดแก๊สหลังใช้งานแล้วทุกครั้ง
4. หากผู้สูงอายุมีปัญหาหาในการทรงตัวควรใช้ไม้เท้าช่วยเดิน
5. มีโทรศัพท์และเขียนหมายเลขโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินไว้ให้ผู้สูงอายุติดต่อกัน โดยใช้ตัวหนังสือขนาดใหญ่ชัดเจน ใช้สีตัดกับสีพื้นกระดาษ วางในตำแหน่งที่อ่านได้ง่ายหรือใกล้ ที่วางโทรศัพท์

6. ก่อนนอนควรตรวจตรา ปิดประตูหน้าต่าง ถอดปลั๊กไฟ ปิดเตาแก๊สให้เรียบร้อย เพื่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมบ่อย ๆ อาจทำให้เกิดผลเสียได้มากกว่าผลดี โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม อาจก่อให้เกิดการสับสนได้ง่าย ดังนั้น ผู้ดูแลควรเป็นคนช่างสังเกต และเมื่อจะเปลี่ยนที่วางสิ่งของทุกครั้งควรได้บอกกล่าวให้ผู้สูงอายุได้รับทราบด้วย ดังนั้นในการจัดสภาพแวดล้อมควรมีการวางแผนการตั้งแต่นั้น ๆ เพื่อการวางแผน โครงสร้างของที่อยู่อาศัยให้พร้อมที่จะรองรับความสูงอายุในอนาคต จึงจะได้สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุซึ่งมีส่วนเอื้ออำนวยความสะดวกต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

12 ทำ ออกกำลังกาย ป้องกันหกล้มในผู้สูงวัย

1. ทำบริหารลำตัว : ให้ยืนตัวตรงกางขาออกเล็กน้อย ตามอง ไปข้างหน้า มือเท้าเอว ค่อยๆบิดลำตัวช่วงบนไปด้านขวาให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยไม่บิดสะโพก จากนั้นให้ทำแบบเดียวกันไปทางด้านซ้าย ทำซ้ำกัน 10 ครั้ง



2. ทำบริหารข้อเท้า : ตรงนี้ให้นั่งบนเก้าอี้ ให้ยกขาทีละข้าง เริ่มจากขาขวาก่อน ยกขึ้นจากพื้นและกระดกปลายเท้าเข้าหาตัว จากนั้นกระดกปลายเท้าลง ทำซ้ำกัน 10 ครั้ง



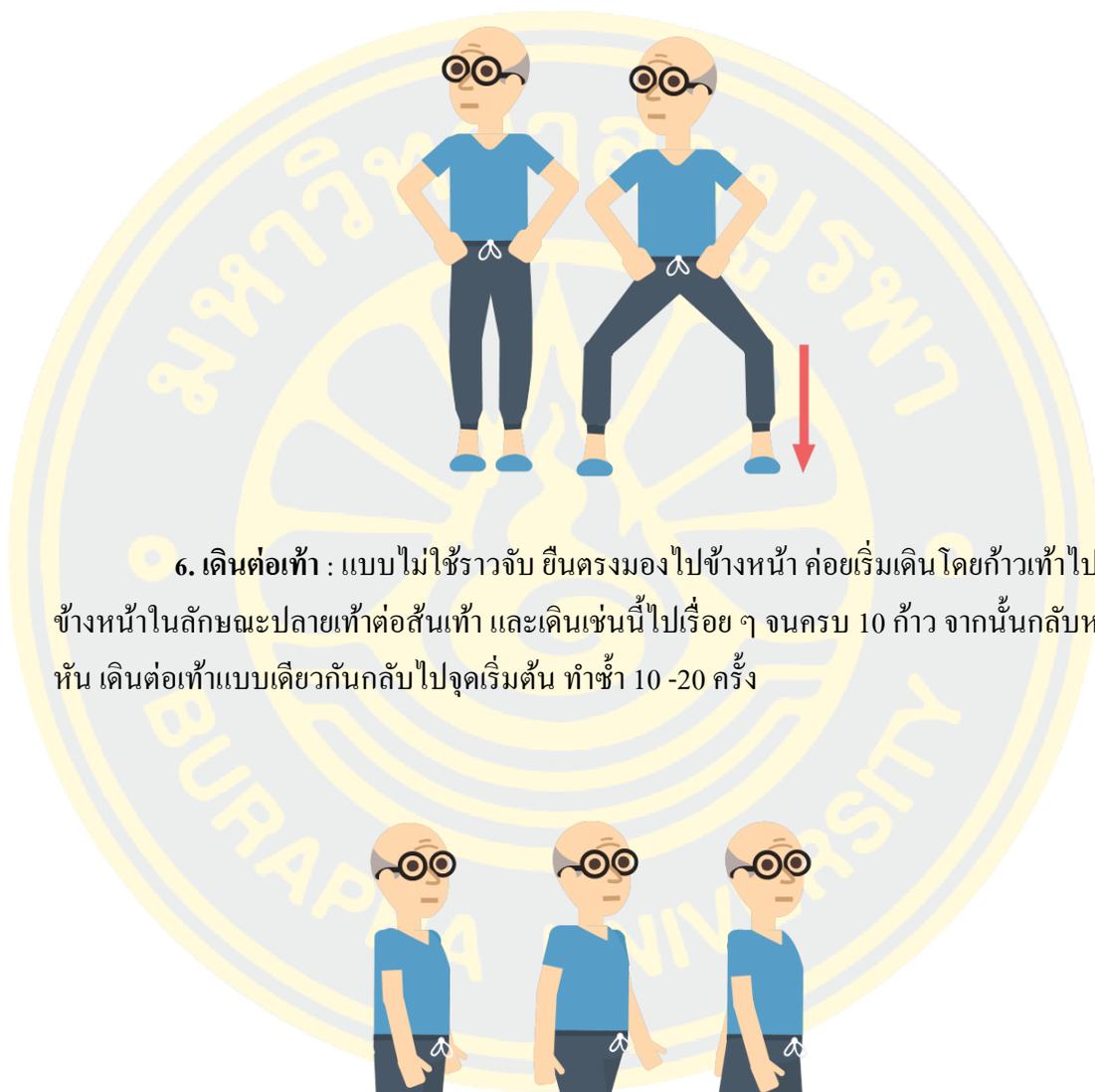
3. ทำยืนด้วยปลายเท้า : แบบไม่ใช้ราวจับ ยึดแขนขาความกว้างเท่าช่วงไหล่ แล้วค่อยๆ เขย่งปลายเท้าขึ้นจนสุด แล้วค่อยๆ วางส้นเท้าลง ทำนี้ให้ทำซ้ำ 10 ครั้ง



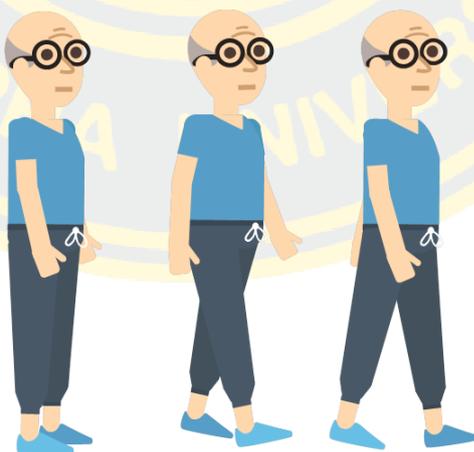
4. ทำยืนด้วยส้นเท้า : แบบไม่ใช้ราวจับ ยืนแยกขาความกว้างเท่าวงไหล่ ค่อยๆ ขยับปลายเท้าขึ้น และย่นขึ้นด้วยส้นเท้า จากนั้นค่อยๆ วางปลายเท้าลง ทำซ้ำ 20 ครั้ง



5. ท่าย่อเข่า : แบบไม่ใช่ราวจับ ยืนแยกขาเท่าช่วงไหล่ ค่อย ๆ ย่อเข่าลงโดยให้หัวเข่าไปด้านหน้านิ้วหัวแม่เท้า แต่อย่าให้เข่ายื่นเกินปลายนิ้วหัวแม่เท้า จนกระทั่งส้นเท้าเริ่มยกจากพื้นให้หยุด และค่อยๆ ยืดตัวขึ้น ทำซ้ำ 10 – 20 ครั้ง



6. เดินต่อเท้า : แบบไม่ใช่ราวจับ ยืนตรงมองไปข้างหน้า ค่อยเริ่มเดินโดยก้าวเท้าไปไว้ข้างหน้าในลักษณะปลายเท้าต่อส้นเท้า และเดินเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ จนครบ 10 ก้าว จากนั้นกลับหลังหัน เดินต่อเท้าแบบเดียวกันกลับไปจุดเริ่มต้น ทำซ้ำ 10 -20 ครั้ง



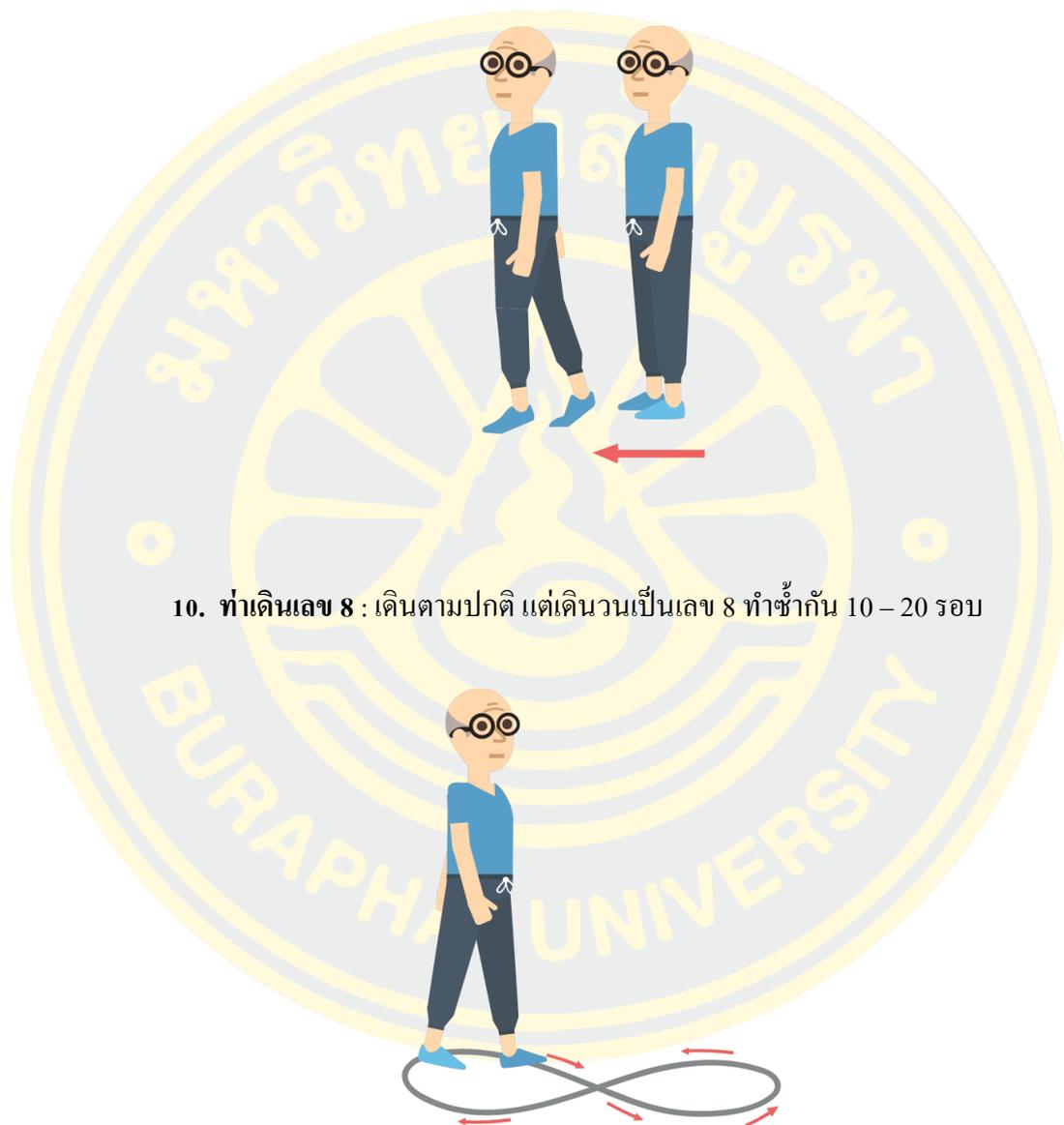
7. ยืนขาเดียว : แบบไม่ใช้ราวจับ ยืนตรงมองไปข้างหน้า ยกขาข้างใดข้างหนึ่งขึ้น และ ยืนด้วยขาข้างเดียวนาน 10 วินาที จากนั้นเปลี่ยนอีกข้าง



8. เดินด้วยส้นเท้า : แบบไม่ใช้ราวจับ ให้ยืนตรง มองไปข้างหน้า ค่อย ๆ ยกปลายเท้าขึ้น จนยืนด้วยส้นเท้า จากนั้นเดินด้วยส้นเท้าไป 10 ก้าว แล้วค่อย ๆ ลดปลายเท้าลง จากนั้นกลับตัว และ ทำแบบเดิม ซ้ำ ๆ กัน 10 – 20 ครั้ง



9. เดินด้วยปลายเท้า : แบบไม่ใช้ราวจับ ยืนตรงไปข้างหน้า ค่อยๆยกส้นเท้าขึ้นจนยืนด้วยปลายเท้า จากนั้นเดินด้วยปลายเท้าไป 10 ก้าว แล้วค่อยๆลดส้นเท้าลง กลับตัว ค่อยๆ ยกส้นเท้าขึ้นจนยืนด้วยปลายเท้า เดินด้วยปลายเท้าไป 10 ก้าว ทำซ้ำ 10 -20 ครั้ง



11. ทำเดินสไลด์ด้านข้าง : ยืนตรงมองไปข้างหน้า มือเท้าเอว เดินไปทางด้านขวา 10 ก้าว จากนั้นเดินกลับไปทางซ้าย 10 ก้าว ทำซ้ำกัน 10 – 20 ครั้ง



12. ทำลุกจากเก้าอี้ : ไม่ใช่มือพยุง เริ่มจากนั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงแข็งแรง ไม่เคลื่อนไหว และไม่เตี้ยเกินไป วางเท้าหลังหัวเข่า ค่อยๆ โน้มตัวไปข้างหน้า แล้วลุกขึ้นยืนโดยไม่ใช้มือช่วยพยุง ทำซ้ำ 10 – 20 ครั้ง



ภาวะสมองเสื่อม

เป็นกลุ่มอาการซึ่งเกิดมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง มีการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลายด้านพร้อม ๆ กันแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่เกิดขึ้นอย่างถาวรส่งผลให้มีการเสื่อมของ ความจำและการใช้ความคิดด้านต่าง ๆ ความสามารถของบุคคลลดลง ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถ ในการแก้ไขปัญหาหรือการควบคุมตนเอง มีพฤติกรรมแปลก ๆ บุคลิกภาพเปลี่ยนไป มีความ ผิดปกติในการใช้ภาษา การคำนวณ ความคิดริเริ่ม ความเข้าใจ และส่งผลกระทบต่อการทำงาน รวมถึงการดำรงชีวิตประจำวัน แต่กลุ่มอาการบางอย่าง เช่น ความจำถดถอย ในผู้สูงอายุ นั้นอาจเกิด จากความชรา หรือเกิดจากโรคสมองเสื่อม หากเป็นเนื่องจากความชราจะสูญเสียความจำเพียงอย่าง เดียว และเป็นไปอย่างช้า ๆ โดยไม่มีผลต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตประจำวัน โรคในกลุ่มอาการ

สมองเสื่อมที่พบบ่อย คือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease)

อาการเตือนภาวะสมองเสื่อม 10 ประการ มีลักษณะดังนี้

1. สูญเสียความจำโดยเฉพาะเรื่องที่เกิดขึ้น(หลังลืม) เช่น ลืมชนิดของอาหารที่เพิ่งรับประทานไปและเมื่อลืมแล้วไม่สามารถระลึกได้ซึ่งคนปกติจะสามารถระลึกได้ภายหลัง
2. ทำกิจวัตรประจำวันที่คุ้นเคยด้วยความยาก (ทำกิจวัตรที่เคยทำไม่ได้) เช่น ลืมวิธีหรือขั้นตอนการทำอาหาร ลืมวิธีการแต่งตัว
3. มีปัญหาในการใช้ภาษา เช่น ลืมคำศัพท์ง่าย ๆ ใช้ศัพท์ผิดความหมาย พูดคำผิด ทำให้สื่อสารกับผู้อื่นลำบาก
4. สับสนวันเวลาและสถานที่ (ไม่รู้เวลา) เช่น หลงวันเวลา บอกสถานที่บ้านที่อยู่ไม่ได้ หลงทางกลับบ้านตนเองไม่ถูก
5. ตัดสินใจไม่เหมาะสม (การตัดสินใจแย่ลง) เช่น เปิดพัดลมแรง ทั้งที่รู้สึกเย็นและอากาศเย็นมากใช้จ่ายเงินแบบไม่สมเหตุสมผล
6. มีปัญหาเกี่ยวกับความคิดรอบยอด (มีปัญหาในการคิดแบบนามธรรม) เช่น ไม่เข้าใจค่าของตัวเลข รวมถึงเครื่องหมายและวิธีคำนวณง่าย ๆ
7. เก็บสิ่งของผิดที่ (วางของผิดที่) เช่น เก็บเตารีดในตู้เย็น เก็บนาฬิกาข้อมือไว้ในโถน้ำตาล
8. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (มีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนไป) เช่น จากนั่งสงบเปลี่ยนมาเป็นร้องไห้และเปลี่ยนเป็นโมโหภายในไม่กี่นาที
9. บุคลิกภาพเดิมเปลี่ยนแปลง (บุคลิกเปลี่ยน)เช่น กลายเป็นคนช่างสงสัย หรือหวาดกลัวง่ายกว่าเดิม

10. ชอบเก็บตัว ขาดความกระตือรือร้นในการใช้ชีวิต (ขาดความคิดริเริ่ม) เช่น นั่งหรือนอนทั้งวัน ไม่อยากออกไปไหน ไม่อยากเจอผู้คน

สาเหตุของสมองเสื่อม

1. การเสื่อมสลายของสมอง
2. สมองเสื่อมเกิดจากหลอดเลือดสมองเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง มีการหนาตัวแข็งตัว หรือมีการตีบตัวผิดปกติ ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง เนื้อสมองตาย
3. การติดเชื้อในสมอง
4. การขาดสารอาหารบางชนิดโดยเฉพาะวิตามิน เช่น วิตามิน B1 หรือวิตามิน B12
5. การแปรปรวนของเมตาโบลิคของร่างกาย เช่นการทำงานของต่อมไร้ท่อ ตับ หรือไตผิดปกติไป
6. การถูกกระทบกระแทกที่ศีรษะอยู่เสมอ ๆ
7. สมองเสื่อมจากในสมอง เช่น เนื้องอกที่เกิดจากทางด้านหน้าของสมอง

ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมมักจะมีอาการเปลี่ยนแปลง และมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเป็นระยะ โดยสามารถจำแนกระดับและความรุนแรงของอาการสมองเสื่อมเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับไม่รุนแรงหรือระยะเริ่มแรกของอาการผู้สูงอายุจะเริ่มมีความบกพร่องในด้านการปฏิบัติหน้าที่ที่ทำงานและด้านสังคมอย่างเด่นชัด แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการหลงลืมไม่มาก ดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองได้ และสามารถตัดสินใจเรื่องทั่ว ๆ ไปได้ด้วยตนเอง แต่อาจมีข้อบกพร่องบ้างในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวัน
2. ระดับปานกลางหรือระยะกลางของโรค ผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ความจำเสื่อมอย่างเห็น ได้ชัดสับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ ถ้าหากปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพังหรือตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ด้วยตนเองอาจเกิดอันตรายได้ จึงจำเป็นต้องมีผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลใกล้ชิด (อาการลืมนจะเป็นมากขึ้น จะเริ่มจำสิ่งที่ทำไปแล้วไม่ได้)
3. ระดับรุนแรงหรือระยะสุดท้ายของโรค มีอาการสมองเสื่อมรุนแรงมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ไม่สามารถดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง สูญเสียความจำอย่างมาก สับสนไม่รู้เวลา สถานที่ หรือเรื่องราวต่าง ๆ อาจมีอาการซึมเศร้า ไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ส่วนใหญ่จะพูดไม่รู้เรื่องหรือไม่พูด อาจเป็นอัมพาต เคลื่อนไหวไม่ได้ หรือมีความผิดปกติจากการทำงานของระบบประสาทส่วนอื่นร่วมด้วย จนกลายเป็นผู้ป่วยหนักเรื้อรังที่ต้องการการดูแลตลอดเวลา

การป้องกันภาวะสมองเสื่อม

1. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับไขมัน ควบคุมน้ำหนักตัว
2. รับประทานอาหารบำรุงสมอง เนื้อปลา ผักใบเขียว ไข่ ถั่ว และนม
3. การหลีกเลี่ยงการใช้จ่ายไม่จำเป็นหรือใช้จ่ายอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานและเลี้ยงกิจกรรมที่ทำให้สมองถูกกระทบกระเทือน
4. การทำกิจกรรมออกกำลังกายสม่ำเสมอ
5. การเข้าสังคม พบปะพูดคุยกับผู้อื่นบ่อย ๆ
6. การฝึกสติปัญญาโดยทำกิจกรรม และเล่นเกมฝึกสมอง
7. การตรวจสุขภาพประจำปีและรักษาโรคประจำตัวสม่ำเสมอ

กิจกรรมบริหารสมองสำหรับผู้สูงอายุ brain gym

“ออกกำลังกายสมอง เพิ่มความจำ คลายความเครียด”

การบริหารสมอง (Brain activation) หมายถึง การบริหารร่างกายในส่วนที่สมองควบคุม โดยเฉพาะก้านเนื้อ corpus callosum ซึ่งเชื่อมสมอง 2 ซีกเข้าด้วยกันให้ประสานกัน แข็งแรงและทำงานคล่องแคล่ว จะทำให้การถ่ายโอนข้อมูลและการเรียนรู้ของสมอง 2 ซีกเป็นไปอย่างสมดุลเกิดประสิทธิภาพ และยังช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียด ทำให้สภาพจิตใจเกิดความพร้อมที่จะเรียนรู้ เกิดความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว มีอารมณ์ขันเพราะคลื่นสมอง (Brain wave) จะลดความเร็วลง คลื่นบีตา (Beta) เป็นแอลฟา (Alpha) ซึ่งเป็นสภาวะที่สมองทำงานอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

1. การบริหารปุ่มสมอง ปุ่มขมับ ปุ่มโบทู ปุ่มสมอง



ใช้มือซ้ายวางบริเวณใต้กระดูกคอและชี้ โคนงของกระดูกอก หรือที่เรียกว่าไหปลาร้า จะมี หลุมตื้น ๆ บนผิวหนัง ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ คลำหาร่องหลุมตื้น ๆ 2 ช่องนี้ซึ่งห่างกันประมาณ 1 นิ้ว หรือมากกว่านี้ ขึ้นอยู่กับขนาดร่างกายของแต่ละคนที่มีขนาดไม่เท่ากัน ให้นวดบริเวณนี้ ประมาณ 30 วินาที และให้นำมือขวาไปที่ตำแหน่งสะดือ

ขณะที่นวดปุ่มสมองก็ให้กวาดตามองจากซ้ายไปขวา ขวาไปซ้าย และจากพื้นขึ้นเพดาน จากนั้นให้เปลี่ยนมือด้านขวาทำเช่นเดียวกัน

ประโยชน์ของการบริหารปุ่มสมอง

- เพื่อกระตุ้นระบบประสาทและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองให้ดีขึ้น
- ช่วยสร้างให้ระบบการสื่อสารระหว่างสมอง 2 ซีกที่เกี่ยวกับการพูด การอ่าน การเขียนมี

ประสิทธิภาพมากขึ้น

ปุ่มขมับ



1. ใช้นิ้วทั้ง 2 ข้างนวดขมับเบา ๆ วนเป็นวงกลม ประมาณ 30 วินาที ถึง 1 นาที

2. กวาดตามองจากซ้ายไปขวา และจากพื้นมองขึ้นไปเพดาน

ประโยชน์ของการนวดปุ่มขมับ

- เพื่อกระตุ้นระบบประสาทและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองในส่วนของการมองเห็นให้ทำงานดีขึ้น

- ทำให้การทำงานของสมองทั้ง 2 ซีกสมดุลกัน

ปุ่มใบหู



1. ให้ใช้นิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้จับที่ส่วนบนสุดด้านนอกของใบหูทั้ง 2 ข้าง

2. นวดตามริมขอบนอกของใบหูทั้ง 2 ข้างพร้อม ๆ กัน ให้นวดไล่ลงมาจนถึงติ่งหูเบา ๆ

ทำซ้ำหลาย ๆ ครั้ง ควรทำทำนี้ก่อนอ่านหนังสือเพื่อเพิ่มความจำและมีสมาธิมากขึ้น

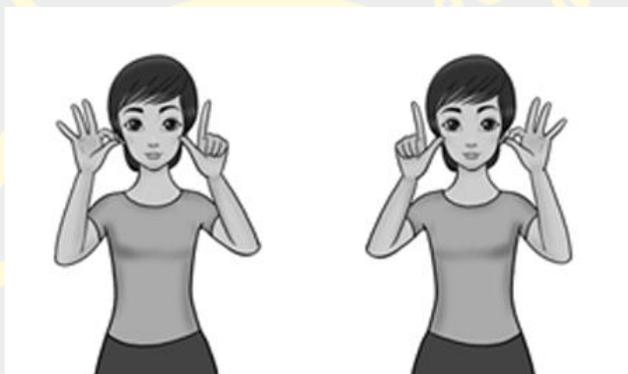
ประโยชน์ของการกระตุ้นปุ่มใบหู

- เพื่อกระตุ้นหลอดเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงสมองในส่วนของการได้ยินและความจำระยะสั้นให้ดีขึ้น

- สามารถเพิ่มการรับฟังที่เป็นจังหวะได้ดีขึ้น

2. ทำจิบ L

1. ยกมือทั้ง 2 ข้างขึ้นมา ให้มือขวาทำท่าจิบ โดยใช้นิ้วหัวแม่มือประกบกับนิ้วชี้ ส่วนนิ้วอื่น ๆ ใ้เหยียดออกไป
2. มือซ้ายให้ทำเป็นรูปตัวแอล (L) โดยให้กางนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้ออกไป ส่วนนิ้วที่เหลือให้กำเอาไว้
3. เปลี่ยนเป็นจิบด้วยมือซ้ายบ้าง ทำเช่นเดียวกับข้อ 1 ส่วนมือขวาก็ทำเป็นรูปตัวแอล (L) เช่นเดียวกับข้อ 2
4. ให้ทำสลับกันไปมา 10 ครั้ง

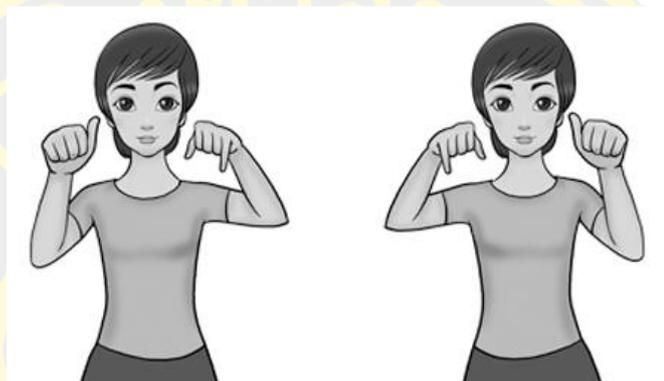


ประโยชน์ของการบริหารท่าจิบซ้าย-ขวา

- เพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อมือให้ประสานกัน เพื่อไม่ให้เกิดอาการนิ้วล็อก
- เพื่อกระตุ้นสมองเกี่ยวกับการสั่งการให้สมดุล มีการเคลื่อนไหวอย่างคล่องแคล่ว
- เพื่อกระตุ้นการทำงานความสัมพันธ์ระหว่างมือกับตา

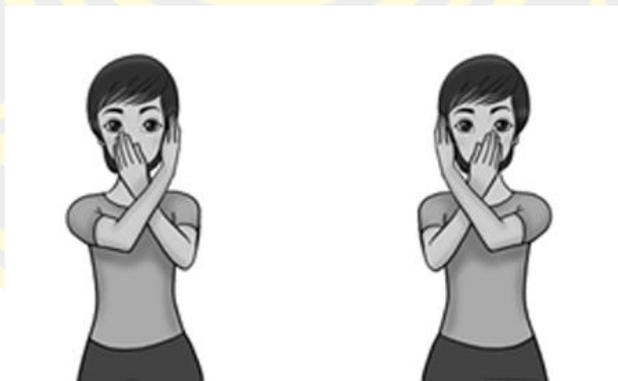
3. ทำโป้ง-ก้อย

1. ยกมือทั้ง 2 ข้างขึ้นมาให้มือขวาทำท่าโป้ง โดยกำมือและยกหัวแม่มือขึ้นมา ส่วนมือซ้ายให้ทำท่าก้อย โดยกำมือและเหยียดนิ้วก้อยชี้ออกมา
2. เปลี่ยนมาเป็นโป้งด้วยมือซ้ายและก้อยด้วยมือขวา
3. ให้ทำสลับกันไปมา 10 ครั้ง



4. ทำตะจุก-ตะหู

1. มือขวาไปตะที่หูซ้าย ส่วนมือซ้ายให้ไปตะที่จุก (ลักษณะมือไขว้กัน)
2. เปลี่ยนมาเป็นมือซ้ายตะที่หูขวา ส่วนมือขวาไปตะที่จุก (ลักษณะมือไขว้กัน)



ประโยชน์ของการบริหารท่าตะจุก-ตะหู

- ช่วยให้เห็นภาพทางด้านซ้ายและขวาดีขึ้น

Smart Sleep & Emotional (ไม้ซืบเศร้ำ)

ภาวะซึมเศร้ำ (Depression) คือ ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนัดตนเอง เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีภาวะฟั้งฟิงหรือพิการ ภาวะซึมเศร้ำนั้นมีโอกาสพัฒนาไปเป็น “โรคซึมเศร้ำ” ได้ในอนาคด

สาเหตุการเกิดโรค

1. การเกิด โรคซึมเศร้ำ มีความซับซ้อน เกิดจาก Interaction ของ Bio-psycho-social
2. การเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีในสมอง
3. ปัจจัยทางพันธุกรรม

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและสภาพแวดล้อมทางสังคม โดยปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจในผู้สูงอายุมี ดังนี้

1. ปัจจัยภายนอกร่างกายหรือสภาพแวดล้อมทางสังคม

1.1 การสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก เช่น การสูญเสียคู่สมรส สูญเสียบุตร หรือการที่บุตรแยกไปอยู่ต่างที่ เป็นต้น หากไม่ได้รับการเหลียวแล จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความหว้าเหว่ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่รู้ว่าจะหันหน้าไปฟั้งใคร ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้ำได้

1.2 การสูญเสียปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสูญเสียบทบาท ปลดเกษียณจากการทำงาน ทั้ง ๆ ที่ผู้สูงอายุบางคนยังมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงพอที่จะทำงานได้ จึงทำให้รู้สึกการสูญเสียอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลงสูญเสียรายได้

2. ปัจจัยภายในร่างกาย เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายในระบบต่างๆ เช่น การสูญเสียการได้ยิน การมองเห็น หรือความจำ เป็นต้น เหล่านี้จะส่งผลทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม การไม่สามารถใช้ชีวิตร่วมกับสังคมได้ตามปกติ ย่อมทำให้เกิดความเครียด เจ็บเหงา และหว้าเหว่มากยิ่งขึ้น

การทำอารมณ์และจิตใจให้เป็นสุข

“5 วิธีสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคม เพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี” ดังนี้

1. การสร้างภูมิทัศน์ในบ้าน เช่น จัดมุมพักผ่อนให้มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน เพื่อพบปะพูดคุย จัดให้ห้องพักผ่อนมีแสงแดดส่องถึง มีการจัดบรรยากาศภายในบ้านให้ผ่อนคลาย มีข้อความหรือรูปภาพที่ใจกำลังคิดถึงไว้ในที่ ๆ เห็นได้ง่ายและเตือนความจำ

2. หมั่นพาผู้สูงอายุเข้าวัดทำบุญ การสวดมนต์ ไหว้พระ ฟังธรรม นั่งสมาธิการได้ไปทำบุญนอกสถานที่ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีจิตใจสงบ สุขกายสบายใจ และมีเพื่อนร่วมทำบุญ

3. สร้างความรู้สึกมีคุณค่าให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น ขอคำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูก การดูแลบ้าน การทำอาหาร เป็นต้น เป็นวิธีที่จะสามารถช่วยให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น

4. หางานอดิเรกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุให้ทำอย่างต่อเนื่อง เช่น เลี้ยงสัตว์ จัดสวนหรือต้นไม้ภายในบ้าน ฟังเพลงอ่านหนังสือ ดูหนัง ดูรายการทีวีที่ชอบ วาดรูป ทำอาหาร งานช่างไม้ หรือเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

5. ส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ จัดให้มีสวนสาธารณะ หรือลานออกกำลังกาย ฯลฯ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่ชอบจะออกมาพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือมีกิจกรรมกลุ่มร่วมกันกับเพื่อนบ้านมากขึ้น

คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุเมื่อมีภาวะซึมเศร้า

1. ออกกำลังกาย/ออกกำลังกายสะสม (ต่อเนื่อง) ประมาณ 30 นาที อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์

2. ทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบที่ทำแล้วเกิดความรู้สึกดีเพลิดเพลิน เช่น การฟังเพลง ดูหนัง ปลูกต้นไม้ ทำสวน อ่านหนังสือ เล่นดนตรี งานฝีมือ ฯลฯ

3. หลีกเลี่ยงการอยู่คนเดียวเมื่อมีอาการเศร้า พุดคุยกับคนอื่นเพื่อความเพลิดเพลินและคลายเหงา

4. พุดคุยกับคนที่ไว้ใจ

5. ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น ฝึกการหายใจโดยหายใจเข้าลึก ๆ หายใจออกช้า ๆ จนรู้สึกผ่อนคลายหรือทำสมาธิ/ปฏิบัติศาสนกิจตามหลักศาสนาที่ตนนับถือ

6. วางเป้าหมายการทำงานที่เหมาะสม เป็นขั้นตอนอย่างง่าย ๆ

7. มองโลกในแง่ดี อย่าคว่นตัดสินใจเรื่องสำคัญต่อชีวิต

8. หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์

9. ปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เมื่อเจ็บป่วยดูแลตามคำแนะนำที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รับประทานยาตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

10. ทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น พบปะญาติ เพื่อนฝูง เข้าร่วมชมรมที่สนใจ โทรศัพท์หาลูกหลานที่อยู่ไกล หรือเพื่อนเก่า

11. ไปปรึกษาแพทย์ ไปตรวจและแจ้งผลให้ทราบเมื่อมีปัญหาทางจิตใจ

นอนหลับอย่างถูกวิธี

ผู้สูงอายุกับการนอนหลับเมื่ออายุเข้าวัยสูงอายุร่างกายก็จะเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ได้แก่ รับประทานอาหารไม่อร่อย สายตามัวลง เป็นต่อกระจก หูได้ยินไม่ชัด แต่ที่ไม่เปลี่ยนแปลงตามอายุคือระยะเวลาที่ต้องการนอนคือยังคงเท่าเดิมประมาณวันละ 8 ชั่วโมง แต่คุณภาพในการนอนของผู้สูงอายุลดลงจึงทำให้นอนไม่ค่อยพอมีหลายปัจจัยที่ทำให้การนอนของผู้สูงอายุไม่มีคุณภาพ เช่น การงีบหลับในเวลากลางวัน การนอนไม่เป็นเวลาการเข้านอนก่อนที่จะง่วง หรือเข้านอนเมื่อผ่านเวลานอนไป หรือใช้เตียงเพื่อจุดประสงค์อื่น เช่น การดูทีวี การอ่านหนังสือ การรับประทานอาหาร หรือมีสิ่งรบกวนในห้องนอน เช่น เสียงดัง มีแสง ห้องร้อน นอกจากปัจจัยภายนอกแล้วปัจจัยภายในของผู้ป่วยโรคต่าง ๆ เช่น อาการปวดข้อโรคหัวใจ ปัญหาทางจิตใจ ปัญหาทั้งหมดจะทำให้การนอนหลับในผู้สูงอายุมีคุณภาพลดลง

สาเหตุของการนอนไม่หลับ แบ่งได้ดังนี้

- สาเหตุจากทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยจำนวนมากเกิดจากทางด้านจิตใจ เช่น โรคเครียด โรคซึมเศร้า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 70 จะมีอาการนอนไม่หลับเป็นอาการสำคัญ

- ปัจจัยกระตุ้นให้นอนไม่หลับ มักจะเป็นชั่วคราว เช่น ผลจากความเครียด จากการเจ็บป่วย ผ่าตัด การสูญเสียของรัก จากงาน เมื่อปัจจัยกระตุ้นหายอาการนอนไม่หลับจะกลับสู่ปกติ

- นอนไม่หลับจากยา เช่น ยาลดน้ำหนัก กาแฟ

- นอนไม่หลับจากโรค เช่น โรคหอบหืด โรคหัวใจวาย ภูมิแพ้ โรคสมองเสื่อม

โรคพากินสัน

- ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมน ช่วงแรกของหญิงวัยทองก็มีอาการนอนไม่หลับ

- นอนไม่หลับจากการเปลี่ยนเวลานอน เมื่อถึงเวลานอนแต่ไม่ได้นอนทำให้ร่างกาย

ปรับตัวไม่ทัน

14 วิธีที่ทำให้การนอนหลับดีขึ้น

1. การออกกำลังกายเป็นประจำ การออกกำลังกายเป็นประจำ ครั้งละ 20-30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์สามารถช่วยให้การนอนหลับดีขึ้น
2. อย่างีบตอนกลางวันหรือตอนเย็น ควรอดทนรอให้ถึงเวลาเข้านอน เพราะการงีบจะทำให้ร่างกาย รู้สึกว่าได้รับพักผ่อนแล้ว ทำให้ตอนกลางคืนจะยิ่งหลับยากมากขึ้น ถ้ามีพฤติกรรมในการงีบหลับในช่วงกลางวัน ควรจะนอนไม่เกิน 45 นาที
3. งดสูบบุหรี่ งดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน แอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ โกลโก้ ควรดื่มก่อนเข้านอนอย่างน้อย 6 ชั่วโมง เพราะมีผลทำให้นอนไม่หลับ และควรงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่ก่อนเข้านอนอย่างน้อย 4 ชั่วโมง เพราะส่งผลต่อระบบการนอนแย่ง ทำให้นอนกรน และมีอาการหยุดหายใจขณะนอนหลับ
4. การกินอาหาร หลีกเลี่ยงกินอาหารเย็น หรืออาหารมื้อหนักก่อนเข้านอน อย่างน้อย 4 ชั่วโมง หากมีอาการหิวจริง ๆ ก่อนเข้านอน แนะนำว่า ควรทานอาหารเบา ๆ เช่น นมอุ่น ๆ
5. ไม่ควรทำกิจกรรมที่ทำให้จิตใจได้รับการกระตุ้นก่อนนอน ไม่ควรดูหนัง ดูกีฬา อ่านหนังสือ ที่ตื่นเต้นจนเกินไปหรือคิดเรื่องเครียด ๆ ก่อนนอน
6. พยายามจัดเวลาสำหรับการผ่อนคลายช่วงหนึ่งก่อนเข้านอน การเข้านอนจะเกิดได้ง่ายขึ้น เมื่อร่างกาย และจิตใจ ผ่อนคลาย ดังนั้นก่อนเข้านอนควรจัดเวลาสำหรับผ่อนคลายร่างกายและจิตใจให้รู้สึกสงบ สบาย ก่อนเข้านอนอย่างน้อย 20 นาที
7. ปรับห้องนอนให้เหมาะสม มีอุณหภูมิที่พอดี มีเครื่องนอน เช่น หมอนและผ้าห่มที่สร้าง ความสบาย และในห้องนอนไม่ควรมีเสียงดังรบกวนจนเกินไป ไม่นอนเปิดไฟหรือโทรทัศน์
8. เติงนอน มีไว้สำหรับนอนหลับเท่านั้น หลายคนทำกิจกรรมอื่น ๆ บนเตียงนอน เช่น นอนดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ กินอาหาร เล่นโทรศัพท์ นั่งสมาธิ ซึ่งสมองของคนเราจะจำความสัมพันธ์ระหว่างสถานที่กับกิจกรรม ดังนั้น ถ้าเราฝึกสมองของเราให้จำว่าเตียงมีไว้สำหรับนอน เท่านั้น
9. เมื่อเอนตัวลงนอนแล้วควรหยุดอุปนิสัยบางอย่างที่เกิดจากความเคยชินเป็น การคิดเรื่อยเปื่อยการคิดถึงปัญหาเมื่อรู้ตัวว่าเริ่มคิดอีกแล้วให้ลองผ่อนคลายตัวเองทำให้สบาย ๆ แล้ว บอกตัวเองว่านี่คือเวลานอน เวลาพักผ่อนปัญหาให้นำไปคิดในวันรุ่งขึ้น
10. ไม่ควรดื่มน้ำปริมาณมาก ๆ หลังอาหารเย็น ควรเข้าห้องน้ำปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อนเข้านอนเพราะการปวดปัสสาวะกลางดึกจะรบกวนการนอนได้
11. หากนอนเป็นเวลา 30 นาที แล้วแต่ยังไม่หลับ อย่าฝืนนอนต่อบนเตียง อย่าโกรธตัวเองที่นอนไม่หลับให้ลุกขึ้นออกจากเตียงไปหากิจกรรมเบา ๆ ทำเช่น อ่านหนังสือ อ่านเล่น ฟัง

เพลงสบาย ๆ เช่น เพลงบรรเลง ฯลฯ ร้องนักร้องอีกครั้งแล้วค่อยกลับไปนอน นี่เป็นการฝึกการเรียนรู้ของสมองเช่นกัน

12. อย่าดูนาฬิกาบ่อย ๆ การดูนาฬิกาบ่อย ๆ เป็นการกดดันตัวเองว่าทำไมถึงไม่หลับสักที และก็จะทำให้ไม่หลับจริง ๆ ถ้าเป็นไปได้ ไม่ควรมีนาฬิกาใกล้ ๆ สายตาในขณะที่นอน

13. หากก่อนนอนมีอาการนอนกรนหรือนอนดิ้น อาจใช้ที่อุดหูช่วยก่อน ถ้าไม่ไหวจริง ๆ อาจเป็นต้องแยกเตียงนอนหรือห้องนอน

14. การตื่นนอน ควรตื่นนอนตรงเวลาทุกวัน ไม่ว่าจะได้นอนแค่ไหน เพราะการตื่นตรงเวลา จะช่วยให้อวัยวะกลับ – การตื่น เข้าที่ไม่เสียสมดุล จะช่วยให้การนอนในคืนต่อ ๆ ไปดีขึ้น

สุขอนามัยการนอนเพื่อป้องกันโรค

1. การนอนที่มีระยะเวลาที่เพียงพอ โดยในปัจจุบันได้มีคำแนะนำต่าง ๆ มากมายเกี่ยวกับระยะเวลาในการนอนหลับ โดยแบ่งตามช่วงอายุ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ควรจะนอนหลับ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน และอาจจะมากถึง 9 ชั่วโมงต่อวันก็ได้

2. คุณภาพของการนอนหลับ นอกจากระยะเวลาการนอนต้องเพียงพอแล้ว การนอนที่มีคุณภาพก็มีความสำคัญเช่นกัน โดยคุณภาพของการนอนที่ดีนั้นต้องเป็นการนอนหลับที่ต่อเนื่อง และมีการหลับลึก คำว่าหลับได้อย่างต่อเนื่องในที่นี้ หมายถึง การที่คลื่นสมองไม่มีการถูกปลุก หรือถูกปลุกน้อยมากระหว่างการนอนหลับทั้งคืน ซึ่งสาเหตุของการนอนที่มีคุณภาพที่ไม่ดีเกิดจากสาเหตุ เช่น ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เช่น ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ การเกิดขากระตุกขณะหลับ การนอนกั๊กฟัน เป็นต้น

สุขอนามัยการนอน

1. เข้านอน - ตื่นนอนให้เป็นเวลา
2. ออกกำลังกายเป็นประจำ และห่างจากเวลาเข้านอนอย่างน้อย 2 ชั่วโมง
3. ห้องนอน เวลานอนควรมืด เงียบ อุณหภูมิพอเหมาะ และมีการถ่ายเทอากาศได้ดี
4. งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงอาหารมีไขมันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง ก่อนเข้านอน และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ อย่างน้อย 6 ชั่วโมง ก่อนเข้านอน
5. ไม่ควรดูโทรทัศน์ เล่นคอมพิวเตอร์ หรือ ใช้อุปกรณ์สื่อสารในห้องนอน

Smart Eat (กินข้าวอร่อย)

การกินอาหารถือเป็นรากฐานสำคัญของมนุษย์ ซึ่งช่องทางการนำอาหารเข้าสู่ร่างกายในภาวะปกติ คือ ผ่านทางช่องปากการกินไม่เพียงแต่สำคัญต่อการดำรงชีวิต แต่จากการศึกษายังพบว่า กระบวนการ “กิน” ทั้งการเคี้ยว การสัมผัส รับกลิ่นรสและการกลืน มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตและความสุขโดยรวม นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเคี้ยวต่อการกระตุ้นสมองในส่วนการเรียนรู้และความจำอีกด้วย

กินข้าวให้อร่อย ต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้

นอกจากรูปลักษณะและรสชาติของอาหารรวมถึงความอยากอาหารจะมีผลต่อความอร่อยในการกินแล้วองค์ประกอบสำคัญของการกินให้อร่อย ควรมีช่องปากและลำคอที่ทำงานได้ ดังนี้

1. เคี้ยวได้ดี หมายถึง เคี้ยวอาหารได้ทุกประเภท โดยมีพื้นที่ใช้งานได้ และมีจำนวนพอเพียงที่จะบดเคี้ยวอาหารให้แหลก ละเอียดพอที่จะกลืน การเคี้ยวจะสร้างความสุขจากการสัมผัสลักษณะของเนื้อสัมผัสอาหาร ว่าอาหารแต่ละประเภทต่างกันอย่างไร ทำให้ประสาทสัมผัสรับรู้ถึงความแข็ง เปราะหยุ่น กรอบ กรอบ นุ่ม ชื่น ฯลฯ เป็นความรู้สึกสัมผัสที่เรารู้สึกในปาก นอกเหนือจากการรับรสชาติ
2. ไม่มีแผล ก้อนบวม หรือรอยโรคของเนื้อเยื่ออ่อน ที่ทำให้เจ็บปวด แสบร้อนหรือ ขัดขวางการบดเคี้ยว
3. รับรสชาติได้ดี ลิ้นไม่เลี่ยน ไม่แห้ง แดง รวมถึงประสาทสัมผัสในการรับกลิ่น
4. กลืนได้ดี ไม่ติดคอ ไม่สำลัก โดยต้องมึน้ำลายในการรวมอาหารเป็นกลุ่มก้อน กล้ามเนื้อลิ้น คอหอย หลอดอาหารกระเพาะอาหาร และ ระบบประสาท ที่ทำงานส่งต่อและสัมพันธ์กัน

สภาพช่องปาก ที่ทำให้ “กินข้าวอร่อย”

1. มีพื้นที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี หรือมีพื้นที่หลังสวกกันซ้าย-ขวา รวมกันอย่างน้อย 4 คู่ โดยพื้นที่หลัง นับตั้งแต่ฟันกรามน้อยซี่ที่ 1 จนถึงฟันกรามใหญ่ซี่สุดท้าย (พื้นที่ใช้งานได้ หมายถึงพื้นที่ไม่ผุจนเหลือแต่คอ หรือโยกมาก ๆ จนจำเป็นต้องถอน) แต่ถ้าสูญเสียฟันไปแล้ว ควรได้รับการใส่ฟันเทียม
2. เนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก ทั้ง เหงือก ลิ้น เพดานปาก กระพุ้งแก้ม รวมถึงริมฝีปาก ไม่มีแผล การอักเสบติดเชื้อหรือความผิดปกติต่าง ๆ ที่ทำให้เจ็บปวด หรือขัดขวางการบดเคี้ยว

3. มีปริมาณน้ำลายปกติ ไม่มีอาการปากแห้ง เนื่องจากน้ำลายมีส่วนช่วยให้อาหารรวมตัวกันเป็นก้อน และกลืนได้ง่าย นอกจากนี้ น้ำลายยังช่วยให้เนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากชุ่มชื้น ซึ่งจะป้องกันการระคายเคือง และการเกิดแผลระหว่างการบดเคี้ยวด้วย

4. มีการรับรสที่มีประสิทธิภาพ โดยตุ่มรับรสที่ ลิ้น เพดานปาก และลำคอบางส่วนสามารถรับกลิ่นรสได้ดี

5. มีกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการบดเคี้ยว ได้แก่ ลิ้น กระทบแก้ม ริมฝีปาก ทำงานได้ดีสัมพันธ์กัน โดยจะช่วยคลุกเคล้า รวมกลุ่มก้อนอาหาร และส่งสู่ระบบการกลืนที่ปกติ กลืนลงไม่ติดคอ ไม่ล้าลิกอาหารง่ายทำให้ไม่มีอาหารค้างในช่องปาก

6. ไม่มีความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร ซึ่งเป็นความผิดปกติที่มีผลโดยตรงต่อการเคี้ยวอาหาร ทั้งนี้ความผิดปกติดังกล่าวมักทำให้มีอาการปวด หรือมีเสียงบริเวณหน้าขากรรไกร เมื่อเคี้ยวอาหาร โดยเฉพาะอาหารเหนียว

อาหารกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความต้องการอาหารลดน้อยลง แต่มีความต้องการสารอาหารยังคงเท่าเดิม ดังนั้น จึงควรรับประทานอาหารแต่ละวันให้มีปริมาณสารอาหารที่ครบถ้วน สะอาด และเพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย คือ ครบทั้ง 5 หมู่

หมู่ที่ 1 เนื้อสัตว์ ไข่ นม และถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ

- เนื้อสัตว์ ควรเลือกบริโภคที่ย่อยง่าย บด/สับละเอียด หรือต้มให้เปื่อย มีเนื้อ 4-6 ช้อน
- ไข่ เป็นอาหารที่เหมาะสมย่อยและดูดซึมได้ดี เคี้ยวง่าย ควรบริโภคทั้งฟอง สัปดาห์ละ

2-3 ฟอง กรณีถ้ามีภาวะไขมันในเลือดสูง ให้รับประทานเฉพาะไข่ขาว หรือผสมไข่ขาว 2 ฟอง กับไข่แดง 1 ฟอง

- นม เป็นอาหารที่มีโปรตีน และแคลเซียมสูง ควรดื่มนมพร่องมันเนย หรือ นมถั่วเหลือง วันละ 1-2 แก้ว

- ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นอาหารที่ให้โปรตีนสูง ราคาถูก หาได้ง่าย ควรต้มให้สุกเปื่อยนุ่ม

หมู่ที่ 2 ข้าวแป้ง น้ำตาล ไขมัน ผัก ผลไม้

- ปริมาณที่ควรรับประทาน ข้าวมีเนื้อ 2 ทัพพี วันละ 6-8 ทัพพี

หมู่ที่ 3 ผักประเภทต่าง ๆ ใบเขียว ผักสีหลากหลาย

- เป็นแหล่งวิตามินและแร่ธาตุ มีกากใยอาหาร ช่วยระบบขับถ่ายรับประทานวันละ 4-6 ทัพพี

หมู่ที่ 4 ผลไม้ เป็นแหล่งวิตามิน แร่ธาตุ

- ควรเลือกผลไม้เนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย เช่น มะละกอ กัลยัม ส้ม หรือน้ำผลไม้คั้นสด วันละ 3-

4 ส่วน

หมู่ที่ 5 ไขมันจากพืชและสัตว์

- เป็นแหล่งอาหารที่ให้พลังงานและช่วยดูดซึมวิตามิน

- ควรเลือกไขมันจากพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว แต่ไม่มีโคเลสเตอรอล

ยกเว้นกะทิ น้ำมันมะพร้าวเพราะมีกรดไขมันอิ่มตัวสูง

ข้อปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุมีสุขภาพดี

1. กินอาหารให้หลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสมและหมั่นดูแลน้ำหนักตัวการควบคุม น้ำหนักตัว ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ให้อ้วนเกินไป
2. กินข้าวเป็นหลัก เน้นข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อย
3. กินพืชผักและผลไม้ตามฤดูกาลให้มากเป็นประจำ
4. กินปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ เลือกกินเนื้อสัตว์ไม่ติด ไขมัน กินปลาทะเลเป็นประจำ กินปลาให้บ่อยขึ้นสลับกับเนื้อสัตว์อื่น ๆ สลับกับถั่วเมล็ดแห้ง
5. ดื่มนมและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ ดื่มนมรสจืด หรืออาหารที่ทำจากนม
6. หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด
7. ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ วันละ 6-8 แก้ว ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน ดื่มน้ำ สะอาดให้เพียงพอ ดื่มช่วงกลางวันให้มากและลดการดื่มช่วงก่อนนอน โดยเตรียมน้ำสะอาดพร้อม แก้วมีหูจับไว้
8. กินอาหารสะอาด ปลอดภัย ต้องล้างผัก ผลไม้ให้สะอาดทุกครั้ง และเลือกอาหารสะอาด ปรุงสุกใหม่
9. งดการสูบบุหรี่หรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ธงโภชนาการผู้สูงอายุ โดยสำนักโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข



ธงโภชนาการผู้สูงอายุ

เพื่อสุขภาพที่ดี กินอาหารให้หลากหลาย ในสัดส่วนที่เหมาะสม
ออกกำลังกายเป็นประจำ และพักผ่อนให้เพียงพอ

กรมอนามัย
สำนักโภชนาการ

1 วัน กินอย่างไร

ข้าว-แป้ง
วันละ 7-8 ทัพพี

ผัก
วันละ 4 ทัพพี

นม
วันละ 1-2 แก้ว
นม 1 แก้ว 200 มิลลิลิตร

น้ำตาล น้ำมัน เกลือ
วันละน้อยๆ



ผลไม้
วันละ 1-2 ส่วน

เนื้อสัตว์
วันละ 6-7 ช้อนกินข้าว
ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว

6 6 4

1,400 กิโลแคลอรี (ชาย-หญิง กิจกรรมเบาๆ) **1,600 กิโลแคลอรี** (ชาย-หญิง กิจกรรมเบาๆ) **1,800 กิโลแคลอรี** (ชาย-หญิง กิจกรรมเบาๆ)

1 แก้ว

ผู้สูงอายุแข็งแรง ไม่ติด สมอที่ดี
กินข้าวกล้องกับปลาเป็นผัก กินวัน สลับสองวัน
ลดหวาน มัน เกล็ด ไขมันอิ่มตัว ไขมันทรานส์
ดื่มน้ำให้เพียงพอ
และเลือกอาหารสะอาดปลอดภัย

1 มื้อ กินอย่างไร



1 แก้ว

ในการมีไขมันสูง ควรกินเนื้อสัตว์ที่มัน
วันละ 2-3 ช้อนกินข้าว
ในการมีไขมันคอเลสเตอรอลสูง ควรกินไขมันดี
เพื่อไม่ให้ไขมันเกาะตามเส้นเลือด

ปริมาณอาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับ โดยพิจารณาจากกิจกรรมที่ทำเบา-หนัก

1,400 kcal (แทบสีขาว) กิจกรรมเบามาก

1,600 kcal (แทบสีฟ้าอ่อน) กิจกรรมเบา

1,800 kcal (แทบสีฟ้าเข้ม) กิจกรรมปานกลาง

๕ 1 หมวดข้าวแป้ง ทานสัดส่วนมากที่สุด ข้าว 7-8-9 ทัพพี แนะนำเลือกข้าวไม่ขัดสี ขนมอบังโฮลวีท รวมถึงกลุ่มข้าวโพด เผือก มัน ก็อยู่กลุ่มนี้ ทานต้องนับสัดส่วน

๕ 2 หมวดผัก แนะนำให้ทานวันละ 4 ทัพพี ทานผักให้หลากหลายชนิด หลากหลายสี เพื่อให้ได้วิตามินเกลือแร่ และสารต้านอนุมูลอิสระที่แตกต่างกัน

๕ 3 หมวดผลไม้ แนะนำให้ทานวันละ 1-2-3 ส่วน มีวิตามิน เกลือแร่ โยอาหาร เลือกทานตามโรคที่เป็น กรณีเบาหวาน ไรต์ (ต้องจำกัดชนิด)

๕ 4 หมวดเนื้อสัตว์ 6-7-8 ซ่อนกินข้าว + ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ซ่อนกินข้าว ทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เช่น ปลา ออกไก่ไม่หนัง หมูไม่ติดมัน ไช้ เต้าหู้ไข่ เต้าหู้ขาว และถั่วเมล็ดแห้ง เพื่อให้ได้โปรตีนทั้งจากสัตว์ที่มีกรดอะมิโนครบถ้วน สลับกับโปรตีนจากพืช หลีกเลี่ยงอาหารแปรรูป

๕ 5 นม แนะนำดื่มนมวัววันละ 1-2 แก้ว โดยเป็นนมรสจืด ไม่มีน้ำตาล สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่เคยดื่มนมวัวต้องระวังการแพ้ น้ำตาล lactose ในนมวัวได้

๕ 6 กลุ่มน้ำตาลทราย น้ำมัน เกลือ ทานให้น้อยที่สุดโดยเป็นการลดความเสี่ยงที่จะเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคตได้

๕ 7 ดื่มน้ำเปล่าวันละ 8 แก้ว (แก้วละ 200 ml.) เพื่อสุขภาพที่ดี กินอาหารให้หลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสม ขณะเดียวกันผู้สูงอายุควรออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที เพื่อรักษาระดับน้ำหนักตัวให้คงที่ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และพักผ่อนให้เพียงพอ

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวพริมรดา ทศนมนเฑียร	
วัน เดือน ปี เกิด	2 พฤศจิกายน 2534	
สถานที่เกิด	จังหวัดตราด	
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 73/2 หมู่ที่ 5 ตำบลหาดเล็ก อำเภอกลองใหญ่ จังหวัดตราด 23110	
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2561-2565	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี
	พ.ศ. 2565-ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เทศบาลนครแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2557	วิทยาศาสตรบัณฑิต (สุศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยบูรพา
	พ.ศ. 2568	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา